

KALÇA ÇIKIĞI

Taner KARLIDAĞ¹

GİRİŞ

Kalça eklemi doğası gereği stabil bir eklemdir. Kalça ekleminin travmatik çıkıkları yüksek enerjili mekanizmalarla oluşur ve görece nadir görülür. Hemen her zaman trafik kazaları sonrasında görülür ve eşlik eden yaralanma olasılığı yüksektir. Bu nedenle genel travma değerlendirmesi yapılmalı ve cerrahi düşünmeden önce ilk 6 saat içerisinde eklem redüksiyonu sağlanmalıdır. Kalça eklemi yüksek derecede kemik uyumu ve bunu çevreleyen sağlam kapsüller ve ligamantöz yapılara sahiptir. Eklemin ayrışması için önemli ölçüde kuvvet gerekmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Travmatik kalça çıkığı tüm travmatik eklem çıkıkları içinde %5 görülür. Kalça çıkıklarının çoğu motorlu araç kazaları sonucu 16-40 yaş arası erkeklerde meydana gelmektedir. Neredeyse tüm posterior kalça çıkıkları motorlu araç kazalarından dolayı olur. Monma ve Sugita, posterior çıkıkların dashboard mekanizmasına alternatif bir hipotez önerdiler.⁽¹⁾ İki otomobilin kafa kafa çarpışma sırasında posterior kalça çıkığı yaşayan 48 sürücünün klinik kayıtlarını analiz et-

tiler. Çalışmaya katılan hastaların 45'inde (%94) yaralanmanın sağ kalçada olduğunu ve 31 (%65) hastada ise diz yaralanması olmadığını bulmuşlardır. Çıkığa neden olan vektör kuvvetini içeren mekanizmanın, sürücünün sağ kalçası fleksiyon, adduksiyon ve internal rotasyon pozisyonunda fren pedalına basması olduğunu varsaymışlardır.⁽¹⁾ Kalça çıkıkları, spor yaralanmaları, yüksekten düşmeler ve endüstriyle ilgili yaralanmalar gibi olaylarda da görülür. Bu nedenle çeşitli mekanizmalar kalça çıkıklarına neden olabilir.

Tüm kalça çıkıklarının %85-90'ı posterior çıkıklardır. Anterior ve santral çıkıklar geri kalan kısmı oluşturur. Anterior kalça çıkıkları ise superior (%10) ve inferior (%90) olmak üzere iki alt başlıkta incelenebilir. Santral (asetabuler) çıkıklar çok nadirdir ve kötü prognozla ilişkilidir.⁽²⁾ Bu hastaların %50 kadarı, çıkık sırasında başka kırıklardan muzdariptir. Kalçadaki bariz eklem bozulması ve yumuşak doku hasarına ek olarak, femur, asetabulum ve femur başının kondral kırılmaları da yaygındır. Bu eşlik eden yaralanmalar etkilenen eklemden kronik morbiditeye neden olur. Klasik eşlik eden yaralanmalardan biri fleksiyondaki bir dize anteriordan gelen darbenin proksimal tibiayı posteriora itmesiyle oluşan PCL rüptürüdür.

¹ Asistan Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dr.tanerkarlidag@gmail.com

popülasyonunda daha yaygındır. Bir komplikasyon olarak tekrarlayan çıkık görülmesi nadirdir. Kalça çıkığı sonrası damar intima hasarı olasılığı nedeniyle tromboemboli riski artmış olarak kabul edilir ve özellikle traksiyon uygulanan hastalarda kompresif çorap, aralıklı kompresyon cihazları ve kemoprofilaksiyi içeren uygun profilaksi yöntemleri uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Monma H, Sugita T. Is the mechanism of traumatic posterior dislocation of the hip a brake pedal injury rather than a dashboard injury? *Injury* 2001;32(3): 221–2.
2. DeLee JC. Fractures and dislocations of the hip. In: Rockwood C, Green DP, Buckholz RW, Heckman JD, eds. *Fractures in Adults*. Vol 2., 4th edn. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996: 1756e1803
3. Beebe MJ, Bauer JM, Mir HR. Treatment of hip dislocations and associated injuries: current state of care. *Orthop Clin North Am* 2016;47(3):527–549.
4. Goulet JA. Hip dislocations. In: Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA, eds. *Skeletal trauma: basic science, management, and reconstruction*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier, 2015; 1565–1595.
5. Cerezal L, Kassarian A, Canga A, et al. Anatomy, biomechanics, imaging, and management of ligamentum teres injuries. *RadioGraphics* 2010;30(6):1637–1651.
6. Parke WW. The anatomy of the hip. In: Balderston RA, Rothman RH, Booth RE, Hozack WJ, eds. *The hip*. 1st edn. Pennsylvania: Lea and Febiger, 1992: 3e40
7. Gautier E, Ganz K, Krügel N. Anatomy of the medial femoral circumflex artery and its surgical implications. *J Bone Joint Surg Br* 2000;82(5):679–683.
8. Arvidsson I. The hip joint: forces needed for distraction and appearance of the vacuum phenomenon. *Scand J Rehabil Med* 1990;22(3):157–61.
9. Upadhyay SS, Moulton A, Burwell RG. Biological factors predisposing to traumatic posterior dislocation of the hip. A selection process in the mechanism of injury. *J Bone Joint Surg Br* 1985;67(2):232–236.
10. Steppacher SD, Albers CE, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement predisposes to traumatic posterior hip dislocation. *Clin Orthop Relat Res* 2013;471(6):1937–1943.
11. Berkes MB, Cross MB, Shindle MK. Traumatic posterior hip instability and femoroacetabular impingement in athletes. *Am J Orthop* 2012;41(4): 166–171.
12. Hak DJ, Goulet JA. Severity of injuries associated with traumatic hip dislocation as a result of motor vehicle collisions. *J Trauma* 1999; 47: 60e3.
13. Tabuenca J, Truan JR. Knee injuries in traumatic hip dislocation. *Clin Orthop Relat Res* 2000;(377):78–83.
14. Schmidt GL, Sciulli R, Altman GT. Knee injury in patients experiencing a highenergy traumatic ipsilateral hip dislocation. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87(6): 1200–4.
15. Pickett JC. Injuries of the hip. *Clin Orthop* 1954; 4: 64e75.
16. Epstein HC. *Traumatic dislocation of the hip*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1980
17. Tornetta P, Hamid MR. Hip dislocation: current treatment regimens. *J Am Acad Orthop Surg* 1997; 5:27–36.