

Bölüm 6

PEDİATRİK ORTOPEDİ

Azad Yıldırım
Ümit Tuhanoğlu

GELİŞİMSEL KALÇA DISPLAZİSİ

Gelişimsel kalça displazisi, basit bir asetabular displaziden, femur başının, anormal asetebulumdan dislokasyonuna kadar olan geniş bir yelpazede kalça eklemindeki patolojiyi tanımlar. Displazi, kalça eklemini oluşturan tüm bileşenlerin anormal gelişimi olarak tanımlanır.

TİPİK KALÇA ÇIKIĞI

Altta yatan veya beraber seyreden konjenital anomalinin eşlik etmediği kalça çıkığıdır.

1. Disloke tip
2. Disloke olabilen tip
3. Sublukse olabilen tip.

Disloke tip: Femur başı ve asetabulum arasındaki ilişki tamamen bozulmuştur. Ortoloni-Barlow testi bu tipte pozitif olabilir. Baş asetebulumun süperolateralindedir.

Disloke olabilen tip: Femur başı asetebulumun içindedir. Ancak Barlow testiyle kolayca baş asetebulumdan çıkartılabilir.

Sublukse olabilen kalça: Pasif olarak sublukse olabilir. Palmen testiyle sublukse olabilir.

Anstabil kalça: Sublukse veya disloke olabilen kalçalara denir.

Etiyoloji: Etiyolojide çeşitli faktörler sayılabilir ancak hiçbiri net olarak tanımlanmamıştır .

- Ligament laksitesi
- Primer asetebüler displazi
- Malpozisyon ve mekanik faktörler
- Genetik faktörler
- Çevresel faktörler etiyolojik nedenler arasında gösterilmektedir

Teratolojik kalça çıkığı: Myelomeningosel, artrogripozis, lumbosakral agenezi gibi malformasyonların, şiddetli yumuşak doku kontraktürlerinin, belirgin kalça çıkığına eşlik ettiği bir anomalidir. Ortolani testiyle redükte edilemez.

Patolojik yapılar eklem içi ve eklem dışı olarak ikiye ayrılır,

Ligamendum teres, pulvinar, transvers asetebular ligaman, invertelabrum ekelem içi patolojileri oluştururken iliopsoas kası, uzamış kapsül ve gergin addüktörler eklem dışı patolojileri oluşturur.

Bütün yeni tekniklere rağmen en iyi sonuç klasik teknikle alınmaktadır. Bunu için

1. Hamartomun tamamen eksizyonu
2. Skleroze uçları ve fibroz dokunun eksizyonu
3. Medullanın açılması
4. Greftlerin konulması ve stabilizasyon

Problem ve komplikasyonlar:

1. Refraktür. Daima kontrol altında tutulmalı en ufak bir belirtide reoperasyon düşünülmelidir.
2. Ayak bileği ve subtalar eklemdede sertlik
3. Ekstremitte kısalığı
4. Bilek valgusu
5. Enfeksiyon
6. Anterior angulasyon

KAYNAKLAR

1. Campbell's operative orthopaedics. 11.edition Terry Canale & James H. Beaty
2. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 3.edition John Anthony Herring
3. Review of Orthopaedics 4.edition Miller
4. Çocuk Ortopedisi(Totbid), Prof. Dr. Emre Çullu
5. Orthopaedic Knowledge Update: Pediatrics 4 Kit M. Song
6. Sanders JO, Otsuka NY, Martus JE What's new in pediatric orthopaedics. J Bone Joint Surg Am. 2015 Feb 18;97(4):344-50
7. Hosalkar HS¹, Pandya NK, Wenger DR What's new in pediatric orthopaedics. J Bone Joint Surg Am. 2013 Feb 20;95(4):377-83.
8. Nogueira MP¹, Queiroz AC, Melanda AG, Tedesco AP, Brandão AL, Beling C, Violante FH Jr, Brandão GF, Ferreira LF, Brambila LS, Leite LM, Zabeu JL, Kim JH, Fernandes KE, Arima MA, Aguiar MD, Farias Filho OC, Oliveira Filho OB, Pinho SD, Moulin P, Volpi R, Fox M, Greenwald MF, Lyle B, Morcuende JA Results of Ponseti Brasil Program: Multicentric Study in 1621 Feet: Preliminary Results.. J Pediatr Orthop. 2016 Jun 8.
9. Zhao D¹, Li H, Zhao L, Liu J, Wu Z, Jin F. Clin Orthop Relat Res. Results of clubfoot management using the Ponseti method: do the details matter? A systematic review. 2014 Apr;472(4):1329-36.
10. Cook PC¹ Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calvé-Perthes disease: an approach to the correct diagnosis. Pediatr Clin North Am. 2014 Dec;61(6):1109-18.
11. Lindsay D, D'Souza A limping child..SBMJ. 2016 Feb 9;352:i476