

# BÖLÜM 12

## ERİŞKİN TRAVMATİK KALÇA ÇIKIKLARI

Can ÇAMOĞLU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Travmatik kalça çıkığı yüksek enerjili mekanizmalarla oluşan ciddi bir yaralanma şeklidir. Trafik kazaları, çıkıkların en sık nedeni olarak öne çıkmaktadır (1). Travmatik kalça çıkığı tek başına olabileceği gibi, başka yaralanmalara da eşlik edebilir. Travmatik kalça çıkıkları ortopedik acillerden olup ilk 6 saat içerisinde eklem redüksiyonu sağlanıp komplikasyonlar azaltılmalıdır.

### EPİDEMİYOLOJİ

Travmatik kalça çıkığı, tüm eklem çıkıklarının %3-5'ini, bilateral travmatik kalça çıkığı ise, kalça çıkıklarının %1'ini oluşturur. Kalça çıkıklarının çoğu 16-40 yaş arası erkek popülasyonunda görülmektedir. Travmatik kalça çıkıklarının %85-90'ını posterior çıkıklar, geri kalanını anterior (superior/inferior) ve santral çıkıklar oluşturur. Çıkık tipleri, kaza anındaki hastanın pozisyonu ve gelen darbenin yönüyle ilişkilidir. Posterior çıkıkların %10-20'sinde siyatik sinir yaralanması görülebilir (2).

### ANATOMİ

Kalça eklemi hem kemik hem de bağlar tarafından stabilize edilmesine rağmen oldukça geniş bir hareket açıklığına sahip, femur başı ile asetabulum arasında kurulu sferoid tipi bir eklemdir. Tüm manevralar sırasında femur başının yaklaşık %40'ı asetabulum tarafından örtülür. Labrum bu eklemi derinleştirmeye hizmet eder ve eklem stabilitesini artırır. Kalça eklemi kapsülü hem dairesel hem de longitudinal liflerden oluşur. Pelvisi femura bağlayan ve kapsülü güçlendiren beş adet bağ mevcuttur. Ekstrakapsüler bağlar iskiöfemoral, puböfemoral, iliofemoral ligamentler ve zona orbicularistir. İntrakapsüler olarak ligamentum teres bulunur. İlioöfemoral ligament (Bigelow ligamenti), eklemin en güçlü ligamenti ve uylu-

<sup>1</sup> Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, cancamoglu92@gmail.com

- Tekrarlayan çıkık
- Femoroasetabular sıkışma
- Damar sinir hasarı
- Heterotrofik ossifikasyon
- İatrojenik femur başı kırıkları
- Derin ven trombozu ve tromboemboli

## KAYNAKLAR

1. Yang RS, Tsuang YH, Hang YS, et al. Traumatic dislocation of the hip. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1991;(265): 18-27.
2. DeLee JC. Fractures and dislocations of the hip. Rockwood C, Green DP, Buckholz RW, Heckman JD (Ed). *Fractures in Adults. Volume 2* içinde. Philadelphia: Lippincott Raven; 1996. p. 1756-1803.
3. Goulet JA. Hip dislocations. Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA (Ed). *Skeletal trauma: basic science, management, and reconstruction* içinde. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 1565-1595.
4. Mandell JC, Marshall RA, Weaver MJ, et al. Traumatic Hip Dislocation: What the Orthopedic Surgeon Wants to Know. *Radiographics*. 2017;37(7): 2181-2201. doi: 10.1148/rg.2017170012.
5. Waddell BS, Mohamed S, Glomset JT, et al. A Detailed Review of Hip Reduction Maneuvers: A Focus on Physician Safety and Introduction of the Waddell Technique. *Orthopaedic Reviews (Pavia)*. 2016;8(1): 6253. doi: 10.4081/or.2016.6253.
6. Rodríguez-Merchán EC, Goddard NJ. Traumatic dislocation of the hip. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2000;(377): 2-3.
7. Tornetta P 3rd, Mostafavi HR. Hip Dislocation: Current Treatment Regimens. *The Journal of American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 1997;5(1): 27-36. doi: 10.5435/00124635-199701000-00004.