

BÖLÜM 20

EŞ ZAMANLI TOTAL KALÇA PROTEZİ VE İTERNAL FİKSASYON İLE TEDAVİ EDİLEN İPSİLATERAL ÇOK PARÇALI ASETABULUM KIRIĞIYLA BİRLİKTE İNTRAPELVİK KALÇA ÇIKIĞI

Mehmet KABAY¹

Yunus Emre BEKTAŞ²

GİRİŞ

Travmatik kalça kırıklı çıkığı daha çok motorlu araç kazalarında, genellikle yüksek enerjili travmalarda artan bir oranda görülen ciddi bir ortopedik yaralanmadır(1). Ancak yaşlılarda düşük enerjili travmalar da kalça çıkığıyla ilişkili asetabulum ve femur kırıklarına neden olabilmektedir(2). Osteoporotik kemiklerde yeterli redüksiyon ve stabil fiksasyonun sağlanması zor olabilir(3). Bu nedenle; asetabulum ve femur boyun kırıklarının birlikte görüldüğü vakalarda, sadece açık redüksiyon ve internal fiksasyon(ARİF) uygulamalarının görece vasat sonuçlar ortaya koyması; ARİF ile kombine veya sadece total kalça protezi(TKP) uygulanması şeklinde bir strateji ortaya çıkarmıştır(4). Sunduğumuz vakada, güncel ancak kullanım alanları limitli olan bu yaklaşımı; başka bir anlatımla, total kalça protezi ile internal fiksasyonu kombine eden bir cerrahi yaklaşımı uygun bularak operasyonu gerçekleştirdik.

VAKA SUNUMU

14 Kasım 2017 tarihinde, başka bir ülkede araç dışı trafik kazası sonrası yaralanan ve dört gün sonra travma merkezimize ulaştırılan 68 yaşındaki erkek hastanın, acil serviste muayenesi ve

tetikleri yapıldı. Dış merkezde dört gün boyunca yoğun bakım ünitesinde izlendiği ve 2 ünite eritrosit süspansiyon transfüzyonunun yapıldığı öğrenildi. VKI 28,2 olan, hipertansiyon ve tip 2 diabetes mellitus dışında komorbiditesi bulunmayan hastanın vital bulgularında, arteriel kan basıncının 108/69 mm Hg, kardiyak atımının 91/dk., ateş ve saturasyonunun normal sınırlarda olduğu gözlemlendi. Sol kalçası ve inguinal bölgesinin haricinde kafa, göğüs, batin yaralanması veya diğer ekstremitelerde herhangi bir patolojik muayene bulgusu yoktu. Sol alt ekstremitte nabızlar açıktı; ancak, siyatik sinirde motor ve duyu defisiti saptandı.

Radyografik değerlendirmede, sol femur başının intrapelvik alanda bulunduğu, ayrıca asetabulumun posterior kolon ve duvarında da kırık lehine bulgular olduğu tespit edildi(Şekil 1). Bilgisayarlı tomografi taraması asetabulumun kompleks posterior kolon ve duvar kırığına ek olarak femur başının intrapelvik alana intrüzyonunu ortaya koydu(Şekil 2). Ancak bağırsak, mesane veya üreter zedelenmesi; mezenterik veya iliak damar yaralanması olmadığı, sadece iliakus kasının altında hematoma olduğu görüldü. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırılarak vitalleri ve hemodinamik stabilitesi takip edildi.

¹ Uzman doktor, Kilis Devlet Hastanesi, mkabayjoe@gmail.com

² Uzman doktor, Kilis Devlet Hastanesi, dr.emrebektas@gmail.com

3. Eklem çıkığı ve kırığı; çıkığa neden olan eksternal kuvvetin devam etmesinden dolayı uzvun eklemden kırığa neden olması şeklinde sınıflandırılabilir(5).

Sunduğumuz vaka üçüncü kategoride yer alan kalça eklem çıkığı ve kırığı sınıfına daha uygun olup; femur boyun kırığı ile ilişkili olan asetabulumun merkezi kırığına bağlı kalça eklemi çıkığı sonrasında eksternal kuvvetin devamlılığı neticesinde femur proksimal kesiminin posterior asetabular kolonu kırması şeklinde bir senaryo olarak kurgulanabilir. Ayrıca femur başının intrapelvik intrüzyonu bu vakayı oldukça nadir kılmaktadır. Literatürde femur boyun kırığıyla birlikte asetabulumun kırığı ve femur başının intrapelvik intrüzyonunu bildiren çok az çalışma vardır(5-8).

Bizimkiyle benzer iki vaka sunumunda, yöntem olarak internal fiksasyon ile osteosentez yapıldığı, ancak takiplerinde dokuzuncu aydan itibaren heterotropik ossifikasyon ve avasküler nekroz gelişmeye başladığı, ikinci yılda yürüyüşün ağrısız olmasına rağmen ankiloz geliştiği bildirilmiştir(5,7).

Uzun dönem sonuçları raporlanmış olan TKP uygulamasının, seçili vakalarda uygulanabileceği bildirilmiştir(3). Sunduğumuz vakada femur boyun kırığının internal tespit ile osteosentezinden ziyade TKP tercih etmemizdeki nedenlerin; hastanın nispeten ileri yaşta olması, aradan geçen sürenin femur başının iyileşme kabiliyeti açısından çok uzun olması ve olası bir avasküler nekroz ya da osteoartirit gibi komplikasyonlardan dolayı ikinci bir operasyon gerekliliğinin önüne geçmek olduğunu söyleyebiliriz.

SONUÇ

Sonuç olarak; travmatik asetabulum yaralanması sonrasında subkondral kemiğin ve eklem kartilajının yenilenmesini sağlayacak metodların gelecekte tanımlanmasıyla birlikte nihai bir çözümün olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. D. M. Foulkand B. H. Mullis, "Hip dislocation: evaluation and management," The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, vol. 18, no. 4, pp. 199–209, 2010
2. Mears DC. Surgical treatment of acetabular fractures in elderly patients with osteoporotic bone. J AmAcad Orthop Surg 1999;7:128–141.
3. Mears DC, Velyvis JH, Chang C-P. Displaced acetabular fractures managed operatively: indicators of outcome. Clin Orthop Relat Res 2003;407:173–186.
4. Lin C, Caron J, Schmidt AH, et al. Functional outcomes after total hip arthroplasty for the acute management of acetabular fractures: 1- to 14-year follow-up. J Orthop Trauma 2015;29:151–159.
5. Baba T., Hitachi K., Kaneko K. Fracture-dislocation of the hip with ipsilateral femoral neck fracture. Eur J Orthop Surg Traumatol (2002) 12: 102–104.
6. Arthur H, Michel D (1985) Anterior dislocation of the hip with ipsilateral basicervical fracture. J Bone Joint Surg [Am] 67:326– 329
7. Meinhard BP, Misoul C, Joy D, Ghillani R (1987) Central acetabular fracture with ipsilateral neck fracture and intrapelvic dislocation of the femoral head without major pelvic column disruption. J Bone Joint Surg [Am] 69:612–615
8. Mestdagh H, Butruille Y, Vigier PH (1991) Central fracture dislocation of the hip with ipsilateral femoral neck fracture: case report. J Trauma 31:1445–1447