

# BÖLÜM 21

## 5 YAŞINDAKİ BİR ÇOCUKTA TRAVMATİK KALÇA ÇIKIĞI

Yasin KÖKER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

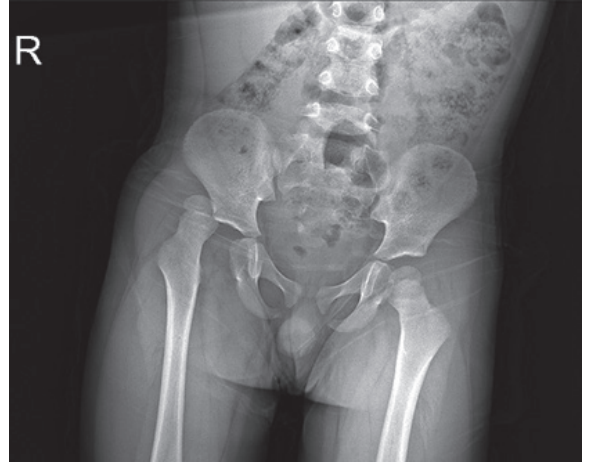
Kalçanın travmatik çıkığı, yetişkinlerde yüksek enerjili travma ile oluşabilirken pediatrik hastalarda nadir görülen düşük enerji ile dahi oluşabilen ve acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Kalça çıkığı sonrası dönemde avasküler nekroz riski önem arz eder. 6 saatten daha kısa bir sürede müdahale edilmiş olması bu komplikasyonun gelişme riskini azaltır. Acil Serviste reduksiyon güvenli bir şekilde yapılmakla beraber vakaların % 25 kadarına ameliyathanede açık reduksiyon gerekebilmektedir(1).

Bu bölümde beş yaşındaki erkek hastanın düşük enerjili travma sonrasında gelişen travmatik kalça çıkığı tedavi ve klinik sonuçları literatür eşliğinde sunulacaktır.

### VAKA SUNUMU

Düşük enerjili bir zıplama sonrası sağ kalçada ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile 5 yaşındaki erkek hasta ailesi tarafından acil servise getirildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ kalçada ağrı ve hareket kısıtlılığı tespit edilmiştir. Nörovasküler muayenesi normal olarak değerlendirildi. Çekilen pelvis anteroposterior(AP) grafisinde sağ kal-

ça çıkığı tespit edildi(Şekil 1). Hastada kırık ya da kemik hasarı oluşumu riskini en aza indirmek amacıyla ameliyathane şartlarında reduksiyon planlandı.



**Şekil 1.** Hastanın travma sonrası gelişine ait pelvis AP grafisi

Hastaya sedasyon-maske anestezisi uygulandıktan sonra kalça traksiyonunun ardından kolayca eklem redükte edildi. Ardından skopi altında kontrol grafileri görüldü. Herhangi bir kırık ya da lezyonu veya kırık izlenmedi. Eklem hareketleri kontrol edildi. Eklem hareket açıklığı muayene-

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara 29 Mayıs Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, yasinkoker@gmail.com

ceği belirtilmiştir(17). Bazı kaynaklar ise rutin aspirasyon önermektedir(3, 18). Gergin bir hematoma basınç nedeniyle femur başında vasküler doku kaybına neden olabilir(3). Çalışmalar da posterior çıkıkların kısa süreli takiplerinde, femur başının vaskülaritesini değerlendirmek için kemik taraması veya manyetik rezonans görüntüleme yöntemi yapılması önerilmiştir(16). Kemik taraması, yanlış pozitif sonuç nedeniyle vaskülariteyi tahmin etmede daha az yararlı olabileceği belirtilmiştir(10,12). Biz de hastamızı MR görüntüleme ile takibe aldık.

Kalça çıkığı ilk 6 saat içinde redükte edilse bile femur başında AVN ortaya çıkabilir(1,19). Zrig ve ark. kalça çıkığı tanılı 7 çocuk hastadan oluşan bir seride, bir hastanın yaralanmadan 5 saat sonra kalça eklemine yerine oturtulmasına rağmen AVN' nin geliştiğini belirtmişlerdir(19). Literatürdeki en büyük seride, dislokasyon sonrası AVN insidansı % 12 olarak belirtilmiştir(10). İlk 6 saati geçen müdahalelerde riskin 20 kat arttığını belirten yayınlar da mevcuttur(10,20). Tüm bu bilgiler ışığında, AVN riskinin en önemli belirleyicisi ilk 6 saat içinde müdahale edilmesi önerilen ve "altın pencere" diye de adlandırılan kalça redüksiyon süresi olduğu unutulmamalıdır(4).

## SONUÇ

Kalça çıkığı redüksiyonunda zamanlama femur başı AVN gelişme riski nedeniyle ilk 6 saat önem arz etmektedir. Çocuk yaş grubunda nadir görülse de düşük enerjili travmalarda kalça çıkığını ekarte etmek için pelvis AP grafisi görülmelidir. Postoperatif komplikasyonları açısından radyografiler detaylı değerlendirilmelidir. Redüksiyon sonrası AVN gelişme riski göz ardı edilmemelidir.

## KAYNAKLAR

1. Baker J, Leonard M, Devitt BM, Queally, JM, Noel J, Traumatic hip dislocation in a 3-year-old girl, *Pediatr Emerg Care* 2011 Dec;27(12):1178-9. doi: 10.1097/PEC.0b013e31823b0e71.
2. Loupasis G, Morris EW. Asymmetric bilateral traumatic hip dislocation. *Arch Orthop Trauma Surg.* 1998;118:179-180.
3. Rieger H, Pennig D, Klein W, et al. Traumatic dislocation of the hip in young children. *Arch Orthop Trauma Surg.* 1991;110:114-117.
4. Petrie SG, Harris MB, Willis RB. Traumatic hip dislocation during childhood. A case report and review of the literature. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 1996;25(9):645-9.
5. Herring JA. Tachdjian's pediatric orthopedics. 4th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2008:2597-619.
6. Blaster RD, Hughes LO. Fractures and traumatic dislocation of the hip in children. In: Beaty JH, Kasser JR, ed. *Rockwood and Wilkins' fractures in children.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:930-8.
7. Price CT, Phillips JH, Devito DP. Management of fractures. In: Morris RT, Weinstein SL, ed. *Lovell and Winter's pediatric orthopaedics.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:1372-3.
8. Matsumoto K, Sumi H, Sumi Y, et al. An analysis of hip dislocations among snowboarders and skiers: a 10-year prospective study from 1992 to 2002. *J Trauma.* 2003;55:946-948.
9. Herrera-Soto JA, Price CT. Traumatic hip dislocations in children and adolescents: pitfalls and complications. *J Am Acad Orthop Surg.* 2009;17:15-21.
10. Mehlman CT, Hubbard GW, Crawford AH, et al. Traumatic hip dislocation in children. Long-term follow up of 42 patients. *Clin Orthop Relat Res.* 2000;68-79.
11. Kutty S, Thornes B, Curtin WA, et al. Traumatic posterior dislocation of hip in children. *Pediatr Emerg Care.* 2001;17:32-35.
12. Vialle R, Odent T, Pannier S, et al. Traumatic hip dislocation in childhood. *J Pediatr Orthop.* 2005;25:138-144.
13. Green SM, Roback MG, Miner JR, et al. Fasting and emergency department procedural sedation and analgesia: a consensus-based clinical practice advisory. *Ann Emerg Med.* 2007;49:454-461.

14. Dickinson R, Singer AJ, Carrion W. Etomidate for pediatrics edation prior to fracture reduction. *Acad Emerg Med.* 2001;8:74-77.
15. Andolfatto G, Willman E. A prospective case series of pediatric procedural sedation and analgesia in the emergency department using single-syringe ketamine-propofol combination (ketofol). *AcadEmergMed.* 2010;17:194-201.
16. Vialle R, Pannier S, Odent T, et al. Imaging of traumatic dislocation of the hip in child hood. *Pediatr Radiol.* 2004;34:970-979.
17. Vemulapalli KK, Dey C, Peckham T, et al. Traumatic hip dislocation in a 21-month-old child. *Arch Orthop TraumaSurg.* 2005;125:490-492.
18. Laer L yon (1986) *Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter.* Thieme, Stuttgart, pp 142-144
19. Zrig M, Mnif H, Koubaa M, et al. Traumatic hip dislocation in children. *Acta Orthop Belg.* 2009;75:328-333.
20. Meena S1, Kishanpuria T, Gangari SK, Sharma P et al. Traumatic posterior hip dislocation in a 16-month-old child: a case report and review of literature. *Chin J Traumatol.* 2012;15(6):382-4.