

Bölüm 4

TOTAL KALÇA ARTROPLASTİSİNDE ENDİKASYONLAR, KONTRAENDİKASYONLAR VE HASTA SEÇİMİ

Kemal KAYAOKAY¹

Total kalça artroplastisinde (TKA) primer endikasyon konservatif yöntemlerle tedaviden fayda görmeyen ve kalça hareketlerinin kısıtlandığı ağrılı kalça osteoartritidir. İmplant sanayisindeki gelişmeler sonrası diz ve kalça artroplastileri sayılarında son iki dekatta ciddi artışlar gözlenmektedir (1). TKA ameliyatı ağrılı, kısıtlı kalça hareketleri olan, yürüme mesafesi kısalan, hastanın, ağrısız ve hareket kısıtlılığının ortadan kalktığı bir kalçaya sahip olması amacıyla yapılan başarılı bir tedavidir (2-4). Başarılı bir tedavi yöntemi olması ve son yıllardaki implant sanayisindeki gelişmeler sonrası uygulama sayılarındaki artış ivmesi lineer bir hal almıştır. Bu artış karşısında doğru hasta seçimi yapmak, endikasyonların ve kontrendikasyonların bilinmesi komplikasyonları azaltacaktır. İngiliz ortopedi cerrahı Sir John Charnley, yapay kalçanın temel prensiplerini geliştirmiş olup TKA'nın babası olarak kabul edilmektedir ve 1960'ların ortalarında ve sonlarında bir kalça protezi tasarlamıştır. Yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 500.000 TKA gerçekleştirilmektedir (5). Ülkemizde bu yönde çalışmaların olmaması nedeniyle sayı bilinmemektedir. TKA doğru endikasyon, uygun ameliyat öncesi hazırlık, lokal ve sistemik problemlerin bilinmesi, uygun cerrahi salon ve postoperatif bakımla çok başarılı sonuçlar alınabileceği bir cerrahidir. Buna karşın bu aşamalardaki eksiklikler veya uygun olmayan hasta seçimi ciddi komplikasyonlara ve mortaliteye neden olabilir. Bu bölümde, primer TKA'da hasta seçimi, endikasyonlar ve kontrendikasyonlar irdelenecektir.

İlk uygulamalarda, TKA 65 yaş üstü ve hastalarda ağrılı kalça artrozunda öncelikli tercih edilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda birçok hastalıkta uygulanmaya başlamıştır. Ankilozan spondilit, romatoid artrit gibi inflamatuvar hastalıkların yanı sıra, kalça avasküler nekrozu sonrası ağrılı kalçalar endikasyonlar arasında yer almıştır (6). Bu hastalıklar sonrası uygulanan TKA'lar çoğunlukla

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, kemalkayaokay@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-1655-0587

Tablo 2

Kontrindikasyonlar	Göreceli kontrindikasyonlar
Aktif enfeksiyon	Obezite
Kalça septik artrit	Demans
Yumuşak doku enfeksiyonu	Kalça çevresinde geçirilmiş enfeksiyon
Başka aktif enfeksiyon varlığı	Aktif veya geçirilmiş nörolojik hastalık
	Charcot eklemi
	Başarılı kalça artrodezi
	Ekstremitede dolaşım bozukluğu
	Abdüktör kas güçsüzlüğü

SONUÇ

TKA geri dönüşümü olmayan uygun şartlarda ve doğru endikasyonlarda başarılı bir cerrahi tedavi yöntemidir. Bunun yanı sıra uygun hasta seçimi olmaması, sistemik ve lokal problemlerin varlığında revizyon oranı ve mortalite oranı yüksek bir cerrahidir. Bu nedenle hasta seçimi TKA'nın en önemli basamağıdır.

KAYNAKLAR

1. Kurtz S, Mowat F, Ong K, Chan N, Lau E, Halpern M. Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. J Bone Joint Surg Am. 2005;87(7):1487-97.
2. Laupacis A, Bourne R, Rorabeck C, Feeny D, Wong C, Tugwell P, et al. The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life. J Bone Joint Surg Am. 1993;75(11):1619-26.
3. Liang MH, Cullen KE, Larson MG, Thompson MS, Schwartz JA, Fossel AH, et al. Cost-effectiveness of total joint arthroplasty in osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1986;29(8):937-43.
4. Rissanen P, Aro S, Slätis P, Sintonen H, Paavolainen P. Health and quality of life before and after hip or knee arthroplasty. J Arthroplasty. 1995;10(2):169-75.
5. Sloan M, Premkumar A, Sheth NP. Projected Volume of Primary Total Joint Arthroplasty in the U.S., 2014 to 2030. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(17):1455-60.
6. Shih LY, Chen TH, Lo WH, Yang DJ. Total hip arthroplasty in patients with ankylosing spondylitis: longterm followup. J Rheumatol. 1995;22(9):1704-9.
7. Gordon M, Paulsen A, Overgaard S, Garellick G, Pedersen AB, Rolfson O. Factors influencing health-related quality of life after total hip replacement--a comparison of data from the Swedish and Danish hip arthroplasty registers. BMC Musculoskelet Disord. 2013;14:316.
8. Crawford R, Ranawat CS, Rothman RH. Metal on metal: is it worth the risk? J Arthroplasty. 2010;25(1):1-2.

9. Zijlstra WP, van Raay JJ, Bulstra SK, Deutman R. No superiority of cemented metal-on-metal over metal-on-polyethylene THA in a randomized controlled trial at 10-year follow-up. *Orthopedics*. 2010;33(3).
10. Crowther JD, Lachiewicz PF. Survival and polyethylene wear of porous-coated acetabular components in patients less than fifty years old: results at nine to fourteen years. *J Bone Joint Surg Am*. 2002;84(5):729-35.
11. McLaughlin JR, Lee KR. Total hip arthroplasty in young patients. 8- to 13-year results using an uncemented stem. *Clin Orthop Relat Res*. 2000(373):153-63.
12. Temelli Y KÖ. Total Kalça Artroplastisi. İstanbul: Ekin Yayıncılık; 2009.
13. Mancuso CA, Ranawat CS, Esdaile JM, Johanson NA, Charlson ME. Indications for total hip and total knee arthroplasties. Results of orthopaedic surveys. *J Arthroplasty*. 1996;11(1):34-46.
14. Poultsides LA, Ma Y, Della Valle AG, Chiu YL, Sculco TP, Memtsoudis SG. In-hospital surgical site infections after primary hip and knee arthroplasty--incidence and risk factors. *J Arthroplasty*. 2013;28(3):385-9.
15. Thompson R, Kane RL, Gromala T, McLaughlin B, Flood S, Morris N, et al. Complications and short-term outcomes associated with total hip arthroplasty in teaching and community hospitals. *J Arthroplasty*. 2002;17(1):32-40.