

Bölüm 9

KALÇA KIRIKLARINDA TEDAVİ SEÇENEKLERİ VE ENDİKASYONLARI

Hüseyin KÜRÜM¹

Kalça kırıkları, sık izlenen ortopedik acil durumlardandır. Birleşik Krallık'ta yılda 86.000 civarı femur üst uç kırığı görülür. Dünya çapında 90'lı yıllarda kalça kırığı sayısı 1,3 milyon olarak rapor edilmiştir ve bu sayının 2050 yılında 7-21 milyon civarında görülmesi beklenmektedir (1).

Gelişmiş ülkelerde, kalça kırığının tedavisi, kaza anında ambulans ile acil servise başvuru ve sonrasında radyolojik değerlendirme, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde ortopedi ve anestezi uzmanının değerlendirmesi, ameliyat sonrası fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünün de dahil olduğu çok yönlü multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Hasta taburcu olduktan sonra da toplumdaki tıbbi ve sosyal hizmetler devam eder.

Kalça kırıkları potansiyel olarak katastrofik bir durumdur: kalça kırığından muzdarip hastaların ilk 1 yıl içindeki mortalite oranları yaklaşık %30'dur (2). Mortal seyir göstermeyen bir kısım hastada ise yaşam kalitelerini ciddi oranda düşüren ve süregelen bir hastalık yükü oluşmuştur (3). İlk 1 yıl içinde, hastaların yalnızca %40-60'ı yarananma öncesi hareket durumuna dönebilir (4).

Proksimal femur kırıkları yaşlılarda düşük enerjili travma (örn. basit düşme) ile meydana gelir. Birleşik Krallık'ta, Ulusal Kalça Kırığı veri tabanının (NHFD) son raporu, kalça kırıklarının %91,6'sının 70 yaşını geçmiş kişilerde oluştuğu ve 65 yaş üstü kişilerde kalça kırığı görülme oranı artmaktadır (her yıl üç kişiden biri düşer) ve ilerleyen yaşla birlikte osteoporoz kalça kırığı oluşumunu kolaylaştırmaktadır (5,6).

Fizik muayenede hastalar kalça ağrısı ve ağırlık taşıyamama, kırılan femurda bacak boyu kısa ve dış rotasyondadır. Düz radyografiler tanı koydurucudur, fakat kalça kırığını düşündüren fizik muayene bulgularına rağmen radyografiler normal değerlendirilebilir. Bu durumda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) veya bilgisayarlı tomografi (BT) tanı koydurucudur. Gizli kalça kırıklarının

¹ Uzm. Dr., Diyarbakır Ergani Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, e-mail: dr.hsynkr@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-9352-2593

KAYNAKLAR

1. Gullberg B, Johnell O, Kanis JA. World-wide projections for hip fracture. *Osteoporosis Int* 1997;7: 407-13.
2. Roberts S.E., Goldacre M.J. Time trends and demography of mortality after fractured neck of femur in an English population, 1968–1998: Database study. *BMJ*. 2003;327:771–775. doi: 10.1136/bmj.327.7418.771.
3. Griffin X.L., Parsons N., Achten J., Fernandez M., Costa M.L. Recovery of health-related quality of life in a United Kingdom hip fracture population. The Warwick Hip Trauma Evaluation—A prospective cohort study. *Bone Jt. J*. 2015;97-B:372–382. doi: 10.1302/0301-620X.97B3.35738.
4. Dyer S.M., Crotty M., Fairhall N., Magaziner J., Beaupre L.A., Cameron I.D., Sherrington C., Fragility Fracture Network (FFN) Rehabilitation Research Special Interest Group A critical review of the long-term disability outcomes following hip fracture. *BMC Geriatr*. 2016;16:158. doi: 10.1186/s12877-016-0332-0.
5. Royal College of Physicians . *Falls and Fragility Fracture Audit Programme*. Royal College of Physicians; London, UK: 2017. Physiotherapy ‘Hip Sprint’ Audit Report London.
6. De Laet C.E., Pols H.A. Fractures in the elderly: Epidemiology and demography. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab*. 2000;14:171–179. doi: 10.1053/beem.2000.0067.
7. Chatha H.A., Ullah S., Cheema Z.Z. Review article: Magnetic resonance imaging and computed tomography in the diagnosis of occult proximal femur fractures. *J. Orthop. Surg*. 2011;19:99–103.
8. Bhandari M, Swiontkowski M. Management of acute hip fracture. *N Engl J Med* 2017; 377(21):2053–2062. doi:10.1056/NEJMcp1611090
9. Shoda N, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. Risk factors affecting in-hospital mortality after hip fracture: retrospective analysis using the Japanese Diagnosis Procedure Combination Database. *BMJ Open* 2012; 2(3):e000416. doi:10.1136/bmjopen-2011-000416
10. Dai Z, Li Y, Jiang D. Meta-analysis comparing arthroplasty with internal fixation for displaced femoral neck fracture in the elderly. *J Surg Res* 2011;165(1):68–74.
11. Blomfeldt R, Törnkvist H, Ponzer S, Söderqvist A, Tidermark J. Displaced femoral neck fracture: comparison of primary total hip replacement with secondary replacement after failed internal fixation: a 2-year follow-up of 84 patients. *Acta Orthop* 2006;77(4):638–43.
12. Gjertsen J-E, Vinje T, Engesaeter LB, Lie SA, Havelin LI, Furnes O, Fevang JM. Internal screw fixation compared with bipolar hemiarthroplasty for treatment of displaced femoral neck fractures in elderly patients. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92(3):619–28.
13. Chen W-C, Yu S-W, Tseng I-C, Su J-Y, Tu Y-K, Chen W-J. Treatment of undisplaced femoral neck fractures in the elderly. *J Trauma* 2005;58(5):1035–9.
14. Kim SH, Meehan JP, Lee MA. Surgical treatment of trochanteric and cervical hip fractures in the United States: 2000–2009. *J Arthroplasty*. 2013 Sep;28(8):1386–90.
15. Hochfelder JP, Khatib ON, Glait SA, et al. Femoral neck fractures in New York State. Is the rate of THA increasing, and do race or payer influence decision making? *J Orthop Trauma*. 2014 Jul;28(7):422–6.
16. Macaulay W, Nellans KW, Garvin KL, et al. Prospective randomized clinical trial comparing hemiarthroplasty to total hip arthroplasty in the treatment of displaced femoral neck fractures: winner of the Dorr Award. *J Arthroplasty*. 2008 Sep;23(6 Suppl 1):2–8.

17. Van den Bekerom MPJ, Hilverdink EF, Sierevelt IN, et al. A comparison of hemiarthroplasty with total hip replacement for displaced intracapsular fracture of the femoral neck: a randomised controlled multicentre trial in patients aged 70 years and over. *J Bone Joint Surg Br.* 2010 Oct;92(10):1422–8.
18. Hopley C, Stengel D, Ekkernkamp A, et al. Primary total hip arthroplasty versus hemiarthroplasty for displaced intracapsular hip fractures in older patients: systematic review. *BMJ.* 2010 Jan; cited 2014 Nov 9;340:c2332. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20543010>.
19. Bergman GD, Winquist RA, Mayo KA, Hansen ST: Subtrochanteric Fractures of the Femur. *J Bone Joint Surg.* 1987.69-A(7),1032-1040,
20. Seinsheimer F: Subtrochanteric fractures of the femur. *J Bone Joint Surg Am.* 1978 Apr;60(3):300-6.
21. Sharma V, Babhulkar S., Babhulkar S. Role of gamma nail in management of pertrochanteric fractures of femur. *Indian J. Orthop.* 2008;42:212–216. doi: 10.4103/0019-5413.40260.
22. Mereddy P., Kamath S., Ramakrishnan M., Malik H., Donnachie N. The AO/ASIF proximal femoral nail antirotation (PFNA): A new design for the treatment of unstable proximal femoral fractures. *Injury.* 2009;40:428–432. doi: 10.1016/j.injury.2008.10.014.
23. Schipper I, Marti R, Van der Werken C. Unstable trochanteric femoral fractures: extramedullary or intramedullary fixation: review of literature. *Injury.* 2004;35(2):142-151. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(03\)00287-0](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(03)00287-0)
24. Sharma A, Mahajan A, John B. A comparison of the clinico-radiological outcomes with proximal femoral nail (PFN) and proximal femoral nail antirotation (PFNA) in fixation of unstable intertrochanteric fractures. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR.* 2017;11(7):RC05. PMID: 28892987
25. Sharma A, Mahajan A, John B. A comparison of the clinico-radiological outcomes with proximal femoral nail (PFN) and proximal femoral nail antirotation (PFNA) in fixation of unstable intertrochanteric fractures. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR.* 2017;11(7):RC05. PMID: 28892987