

Bölüm 1

FEMUR BAŞI EPİFİZ KAYMASI

Raşit Emin DALASLAN¹

GİRİŞ

Femur başı epifiz kayması (FBEK) adolesan yaş grubunda en sık görülen kalça patolojisidir (1). Genellikle 8-15 yaş arasında ortaya çıkmaktadır (2). FBEK proksimal femoral epifizin metafiz üzerinde postero/ inferiora yer değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kaymanın sebebi epifizyal plak (büyüme plağı) olarak görülmektedir (3). Başlangıçta belirsiz semptomlar nedeniyle FBEK tanısı gözden kaçabilmektedir (3). Özellikle adolesan yaş grubunda kalça, kasık, diz bölgesinde ağrı ve topallama şikayeti ile gelen hastalarda mutlaka akılda tutulmalıdır ve bu hastalar uygun radyografik inceleme ile değerlendirilmelidir (4). Erken tanının prognoz üzerinde de olumlu etkisi olmaktadır (4).

EPİDEMİYOLOJİ

FBEK görülme sıklığı yaklaşık 100,000'de 10.8 olarak hesaplanmıştır (2). Tipik olarak erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre 1.4 kat daha fazladır. Obez çocuklarda, Afrika kökenlilerde ve Pasifik adaları yerlilerinde görülme sıklığı daha yüksektir (5). Ortalama tanı konma yaşı erkeklerde 13,5, kızlarda 12'dir (5). Sol kalça daha fazla etkilenmektedir ancak vakaların %18-50 kadarı bilateral görülmektedir (6,7). Obezite tek başına en büyük risk faktörüdür. Son verilerde FBEK'nın görülme yaşında azalma ve bilateral görülme oranında artma mevcuttur, bu durum çocukluk çağı obezitesinin artması ile ilişkili olabilir (8). Diğer risk faktörleri olarak asetabular retroversiyon, femoral retroversiyon, radyoterapi hikayesi ve artmış leptin seviyesi sayılabilir.

ETİYOLOJİ

FBEK patofizyolojisi şu şekilde açıklanmaktadır. Hassas bir fiz üzerinde oluşan aksiyel ve rotasyonel kuvvetler sonucu, büyüme plağı seviyesinde metafiz anteriora

¹ Uzm. Dr., Kaman Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, redalasan@gmail.com,
ORCID iD: 0000-0001-5068-8024

Bir diğer komplikasyon ise kondrolizdir. Kondroliz eklem sertliği ve ağrıya sebep olan eklem kıkırdağının akut kaybıdır. Özellikle cerrahi tedavi sonrası görülme ihtimali artar ancak herhangi bir tedavi uygulanmayan ileri olgularda veya konservatif takip edilen vakalarda da görülme ihtimali vardır. En yaygın sebebi femur başına pin penetrasyonudur. Cerrahi tekniklerin gelişmesi ile kondroliz gelişme oranları %7 ile %10 arasına gerilemiştir (3).

Femoroasetabuler sıkışma proksimal femurun anormal şekli ya da ileri FBK olgularının kötü iyileşmesi sonucu oluşabilmektedir. Son çalışmalar açık redüksiyon yöntemi ile tedavi edilen olgularda bu komplikasyonun gelişme oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (12).

SONUÇ

Femoroasetabuler sıkışma proksimal femurun anormal şekli ya da ileri FBK olgularının kötü iyileşmesi sonucu oluşabilmektedir. Son çalışmalar açık redüksiyon yöntemi ile tedavi edilen olgularda bu komplikasyonun gelişme oranlarının daha düşük olduğunu göstermektedir (12).

KAYNAKLAR

- Martínez-Álvarez S, Martínez-González C, Miranda Gorozarri C, Abril JC, Epeldegui T. Slipped capital femoral epiphysis. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2012;56(6):506-14.
- Gholve PA, Cameron DB, Millis MB. Slipped capital femoral epiphysis update. *Curr Opin Pediatr*. 2009; 21(1): 39-45.
- Peck DM, Voss LM, Voss TT. Slipped Capital Femoral Epiphysis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 2017 Jun 15;95(12):779-784. PMID: 28671425.
- Loder RT. Correlation of radiographic changes with disease severity and demographic variables in children with stable slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop*. 2008; 28(3): 284-290.
- Lehmann CL, Arons RR, Loder RT, Vitale MG. The epidemiology of slipped capital femoral epiphysis: an update. *J Pediatr Orthop*. 2006; 26(3): 286-290.
- Loder RT. The demographics of slipped capital femoral epiphysis. An international multi-center study. *Clin Orthop Relat Res*. 1996; (322): 8-27.
- Riad J, Bajelidze G, Gabos PG. Bilateral slipped capital femoral epiphysis: predictive factors for contralateral slip. *J Pediatr Orthop*. 2007; 27(4): 411-414.
- Kim NT, Min JJ, Ji E, Park MS, Sung KH. Epidemiology and demographics of slipped capital femoral epiphysis in South Korea: A nationwide cohort study. *PLoS One*. 2023 Mar 31;18(3):e0283123.
- Kandzierski G, Matuszewski L, Wójcik A. Shape of growth plate of proximal femur in children and its significance in the aetiology of slipped capital femoral epiphysis. *Int Orthop*. 2012 Dec;36(12):2513-20.
- Manoff EM, Banffy MB, Winell JJ. Relationship between body mass index and slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop*. 2005; 25(6): 744-746.

- Loder RT, Richards BS, Shapiro PS, Reznick LR, Aronson DD. Acute slipped capital femoral epiphysis: the importance of physeal stability. *J Bone Joint Surg Am.* 1993; 75(8): 1134-1140.
- Witbreuk M, van Kemenade FJ, van der Sluijs JA, Jansma EP, Rotteveel J, van Royen BJ. Slipped capital femoral epiphysis and its association with endocrine, metabolic and chronic diseases: a systematic review of the literature. *J Child Orthop.* 2013;7(3):213-223.
- Southwick WO. Osteotomy through the lesser trochanter for slipped capital femoral epiphysis. *J Bone Joint Surg Am.* 1967;49(5):807-835.
- Abu Amara S, Leroux J, Lechevallier J. Surgery for slipped capital femoral epiphysis in adolescents. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2014; 100 (1 suppl): S157-S167.
- Kalogrianitis S, Tan CK, Kemp GJ, Bass A, Bruce C. Does unstable slipped capital femoral epiphysis require urgent stabilization? *J Pediatr Orthop B.* 2007; 16(1): 6-9.
- Aronsson DD, Loder RT. Treatment of the unstable (acute) slipped capital femoral epiphysis. *Clin Orthop Relat Res.* 1996; (322): 99-110.