

**Travmatik anterior obturator kalça çıkığı**

## Traumatic anterior obturator dislocation of the hip

Koyuncu Ş<sup>1</sup> Ozan F<sup>2</sup> Eryuva V<sup>1</sup> Kement Z<sup>1</sup><sup>1</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye<sup>2</sup>Karaman Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Karaman, Türkiye**Özet**

Kalça eklem çıkıkları tüm eklem çıkıklarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır. En sık posterior kalça eklem çıkığı görülmektedir. Anterior kalça eklemi çıkıkları nadir görülür. Bu yazıda, motorlu taşıt kazası sonrası gelişen ve acil serviste sedasyon altında kapalı redükte edilen anterior obturator kalça eklem çıkığı olgusu sunulmaktadır. Hastanın 2 yıllık takibi sonunda radyografik olarak femur başı avasküler nekrozu tespit edilmedi. Fizik muayenesinde kalça eklem hareketleri olağan bulundu ve Harris kalça skoru mükemmel olarak saptandı.

**Anahtar Sözcükler:** Travmatik kalça çıkığı, kapalı redüksiyon, avasküler nekroz.

**Summary**

*Hip joint dislocations constitute about 5% of all the joint dislocations. Most commonly, posterior dislocation of the hip joint is seen. Anterior dislocations of the hip joint are rare. In this report, anterior obturator dislocation of the hip joint after a motor vehicle accident is presented which was treated by closed reduction under sedation in the emergency service. Avascular capital femoral necrosis was not detected radiographically at the end of a 2-year follow-up. Physical examination of the hip joint movements were normal and the Harris hip score was excellent.*

**Key Words:** Traumatic hip dislocation, closed reduction, avascular necrosis.

**Giriş**

Kalça çıkıkları yüksek enerjili mekanizmalar sonucunda ortaya çıkan nadir yaralanmalardır. Bu hastalarda eşlik eden yaralanmaları gözden kaçırmamak için travmayı dikkatlice değerlendirmek gerekir. Bugün kalça çıkıklarının üçte ikisinden fazlasına neden olan yaralanma, motorlu taşıt kazalarıdır (1). Tüm eklem çıkıklarının yaklaşık %2-5'ini oluşturur (2-4). Kalça çıkıkları anterior, posterior ve santral çıkıklar olarak karşımıza çıkmaktadır, posterior kalça çıkıkları en sık görülen çıkık şeklidir. Travmatik anterior kalça çıkıkları, daha nadir görülmekle birlikte tüm travmatik kalça çıkıklarının %11'ini oluşturmaktadır.

Bu çalışmada araç dışı trafik kazası sonrası bilateral ramus pubis kırığının eşlik ettiği anterior obturator kalça çıkığı olgusu sunuldu.

**Olgu Sunumu**

Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, araç çarpması sonrası sol kalçada ağrı, hareket kısıtlılığı ve kalça eklemde anormal postur ile acil servisimize başvurdu. Hastanın yapılan ilk muayenesinde sol kalça eklemde fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyon deformitesi (Şekil-1) mevcuttu. Çekilen direkt grafileri (Şekil-2) ve bilgisayarlı tomografi (BT) (Şekil-3a,3b) sonrası sol kalça eklemine anterior obturator bölgeye çıkık olduğu, sol ramus pubis inferior ile sağ ramus pubis superiorun asetabulum anterior çatısına yakın bölgesinde kırık hattı saptandı. Hastanın kalça eklem çıkığı travma sonrası yaklaşık ikinci saatinde sedasyon altında kapalı olarak redükte edildi (Şekil-4). Kalça redüksiyonun ardından çekilen kontrol grafisinde (Şekil-5) kalça eklemine anatomik redükte olduğu ve redüksiyon sonrası eklem içi kırık parçası ve femur boyun kırığı olmadığı görüldü. Kalça redüksiyonundan sonra hastaya 1.hafta kapalı zincir kuadriseps egzersizleri ile pasif kalça eklem hareketleri başlandı ve çift koltuk değneği ile mobilize edildi, bilateral pubik kol kırığı olduğu için 6 hafta yük verilmedi. Altıncı haftadan sonra hastaya parsiyel yük verildi. İkinci

Yazışma Adresi: Şemmi KOYUNCU

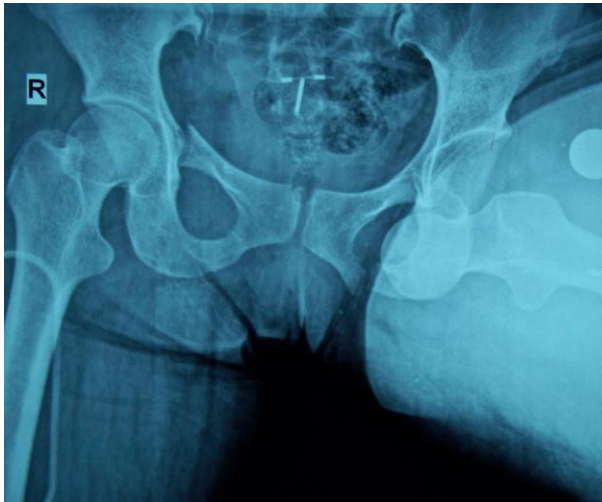
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 09.04.2012 Kabul Tarihi: 19.07.2012

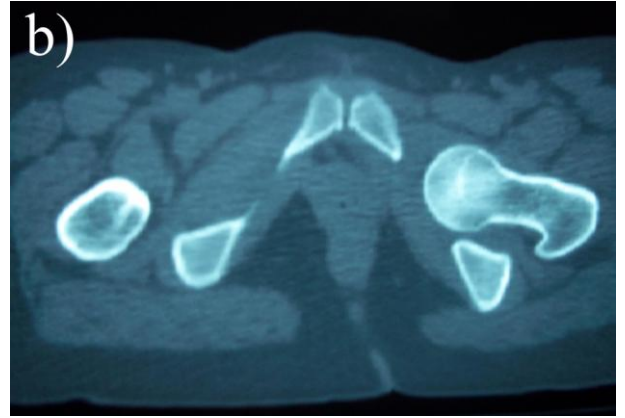
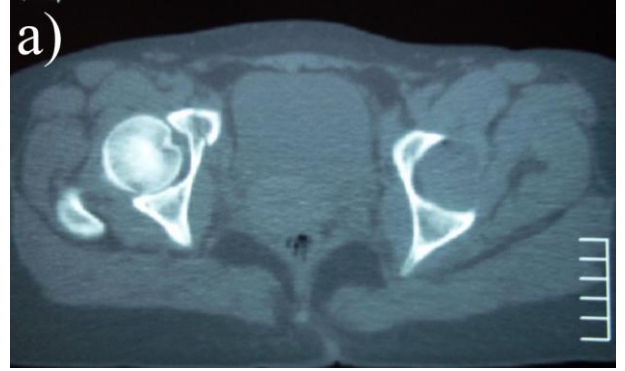
ayda tam yüklenmeye geçildi. Hastanın 1 yıl sonraki kontrolünde radyografisi çekilip, manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı (Şekil-6a,6b). MR incelemesinde sol kalça eklemine normal olduğu görüldü. Hastanın 2.yıldaki kontrol grafisinde (Şekil-7) kalçada dejeneratif artrit, avasküler nekroz (AVN) ve osteokondral lezyon saptanmadı. Kalça eklem hareket açıklığının normal olduğu görüldü ve fonksiyonel olarak Harris kalça skorlama sistemi hastaya uygulandığında 96 puan ile mükemmel sonuç elde edildi.



**Şekil-1.** Sol kalça eklemine anterior kalça çıkığı nedeniyle oluşan fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyon deformitesi.



**Şekil-2.** Sol kalça eklemine anterior obturator bölgesine çıkığı ve sol ramus pubis inferior ile sağ ramus pubis superiorun asetabulum anterior çatisına yakın bölgesinde kırık hattı izlenmektedir.



**Şekil-3. (a,b)** BT incelemede sol femur başının asetabulumda olmayıp obturator bölgesine disloke olduğu görülmekte, femur baş ve boyun morfolojisi ise olağan.



**Şekil-4.** Redüksiyon sonrası kalça eklemine deformitenin düzeldiği görülmekte.



**Şekil-5.** Kalça eklemine redüksiyon sonrası kontrol grafisinde anatomik redükte olduğu izlenmektedir.



**Şekil-6. (a,b)** Hastanın 1. yılda çekilen pelvis T1 ağırlıklı MR görüntülemesinde femur baş, boyun ve trokanterik bölge normal morfolojide izlenmektedir.

### Tartışma

Kalça eklemi gerek anatomik yapısı, gerek güçlü bağ ve kaslarla çevrili olması nedeniyle oldukça stabildir (1). Travmatik anterior kalça çıkıkları posterior çıkıklara göre daha nadir olarak meydana gelmekle birlikte inferior ve superior olarak iki gruba ayrılır. Superior çıkıklar femur

başının pubik veya subspinöz bölgeye olan çıkıklarıdır. İnfior çıkıklar ise femur başının obturator bölgeye olan çıkıklarıdır (5). Abduksiyon, eksternal rotasyon ve ekstansiyon zorlamaları pubik (superior) tip kalça çıkıklarına; abduksiyon, eksternal rotasyon ve fleksiyon zorlamaları ise obturator (inferior) tip kalça çıkıklarına neden olmaktadır (6). Anterior obturator çıkıklarda femur başı tipik olarak inferomediale lukse olurken, kalça ekleminde fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyon deformitesi gelişir (5,7). Obturator tip travmatik anterior kalça çıkıklarının redüksiyonu genellikle genel anestezi altında kapalı olarak sağlanabilmektedir. Ancak femur başının iliofemoral bağın medial kenarı ile pubokapsüler ligaman arasında sıkıştığı ve bazen de iliopsoas tendonunun redüksiyona engel olduğu durumlarda kapalı redüksiyonun sağlanamadığı bildirilmiştir (6). Bu gibi durumlarda ise kalçanın açık redüksiyonu yapılmaktadır.



**Şekil-7.** Hastanın 2. yıl kontrol grafisinde kalça eklemi, femur baş ve boyun bölgesi normal olarak izlenmekte ve dejeneratif eklem bulgusu yok.

Çıkık ile redüksiyon arasında geçen süre, travmatik kalça çıkıklarındaki en önemli prognostik faktör olarak gösterilmiştir (1). Olgumuzda ise travma sonrası oluşan kalça çıkığı ile redüksiyon arasında geçen süre iki saattir. Travmatik kalça çıkıklarına çoğunlukla kırıklar eşlik eder ve bu kırıklar prognozu kötü yönde etkilemektedir (8). Kalça eklemi çıkıklarına eşlik eden en sık kırık şekilleri femur başı, asetabulum, femur boynu, trokanter major, pubik ramus kırıkları ve osteokondral defektlerdir (7,9,10). Anterior kalça eklemi çıkıklarında nörovasküler yaralanmalar nadir olarak görülmekle birlikte sıklıkla femoral damar, femoral sinir ve obturator sinir hasarı

gelişmektedir (11,12). Dejeneratif artrit, avasküler nekroz ve miyositis ossifikans kalça çıkıklarının belli başlı geç komplikasyonlarıdır (6). Olgumuzda kalça çıkığına bağlı herhangi bir erken veya geç komplikasyona rastlamadık.

Travmatik kalça çıkıkları gerçek bir ortopedik acildir (3). Erken tanı ve kalça eklemının çıkık olarak kaldığı sürenin azaltılması, femur başı AVN gelişme komplikasyonunu azaltmaktadır. Travmatik kalça çıkıklarında redüksiyon ilk 6 saat içinde yapıldığında avasküler nekroz gelişme oranı %4.8 iken, 6 saatten sonra yapılan redüksiyonlarda avasküler nekroz oranı %57,9 olarak bulunmuştur (1,3,13).

Yapılan çalışmada redüksiyon sonrası 4-6 haftada çekilen MR görüntüleme anormal sinyallerin görülmediği durumda avasküler nekrozun gelişmediği belirtilmiştir. MR görüntüleme anormal sinyalleri bulunan ve 3. aydan itibaren düzelen olgularda da yine avasküler nekroz gelişmediği belirtilmiştir (14).

İzole travmatik kalça çıkıklarında, klinik olarak stabil bir eklem elde edilmesi durumunda traksiyonun gereksiz

olduğu vurgulanmıştır. Yük verme zamanı da tartışma konusu olmuştur. Geç yük verdirmenin, prognozu ve avasküler nekroz riskini değiştirmede kabul edilmiştir (1). Geçmişte uzun süreli yatak istirahati ve yük verdirme uygulanırken, son zamanlarda erken mobilizasyonun daha iyi sonuç verdiği gösterilmiştir (1,15). Biz ise olgumuza herhangi bir traksiyon uygulamadık ve redüksiyon sonrası erken pasif kalça egzersizleri verildi, tolere edebildiği en erken sürede ise olguyu mobilize ettik.

Sonuç olarak, kalça eklemi çıkıklarında, erken tanı ve eklemının olabildiğince en kısa zamanda redükte edilmesinin klinik takipte gelişebilecek komplikasyon riskini azaltmaktadır. Olgumuzda izlem süresi içerisinde dejeneratif değişikliklerin ve avasküler nekrozun görülmemesini; çıkıkla birlikte femur başında defekt ve femur boynunda kırık olmamasına, eklem çıkığının travmadan sonra erken redüksiyonuna ve hastanın pasif eklem hareketlerine erken başlanmasına bağlıdık.

#### Kaynaklar

1. Altay M, Yagmurlu F, Heybeli M, Muratlı H, Tabak Y, Bicimoglu A. Asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2003;37(2):182-6.
2. Dudkiewicz I, Salai M, Horowitz S, Chechik A. Bilateral asymmetric traumatic dislocation of the hip joints. *J Trauma* 2000;49(2):336-8.
3. Azar N, Yalcinkaya M, Akman YE, Uzumcugil O, Kabukcuoglu YS. Asimetrik iki taraflı travmatik kalça çıkığı: Olgu sunumu. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi* 2010;21(2):118-1.
4. Verma R, Sharma A, Ramachandran G. Bilateral asymmetric hip dislocation with segmental fracture femur: An unusual case report and literature review. *Internet J Orthop Surg* 2010;17(1):18-21.
5. Bassett LW, Gold RH, Epstein HC. Anterior hip dislocation: Atypical superolateral displacement of the femoral head. *Am J Roentgenol* 1983;141(2):385-6.
6. Yalnız E. Travmatik anterior kalça çıkığı. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1994;28(1):36-7.
7. Blacksin MF, Zurlo JV. Computed Tomographic finding after anterior dislocation of the hip. *Emergency Radiology* 1997;97(4):375-9.
8. Yorgancıgil E. Çocukluk çağı anterior travmatik kalça çıkığı. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1997;31(3):169-170.
9. Domingo A, Segur JM, Suso S. Anterior dislocation of the hip associated with an acetabular fracture: Case Report. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2008;34(1):88-90.
10. Erb RE, Steele JR, Paul EN, Edwards JR. Traumatic anterior dislocation of the hip: Spectrum of plain film and ct findings. *Am J Roentgenol* 1995;165(5):1215-9.
11. Phillips AM, Konchwalla A. The pathologic features and mechanism of traumatic dislocation of the hip. *Clin Orthop Rel Res* 2000;377(1):7-10.
12. Dogan O, Aksahin E, Yüksel Y, Vural CA. Asimetrik iki taraflı kalça çıkığı ile obturator sinir lezyonu. *Göztepe Tıp Dergisi* 2011;26(4):173-6.
13. Hougaard K, Thomsen PB. Traumatic posterior dislocation of the hip prognostic factors influencing the incidence of avascular necrosis of the femoral head. *Arch Orthop Trauma Surg* 1986;106(1):32-5.
14. Yamamoto K, Ko M, Masaoka T, Shishido T, Imakiire A. Traumatic anterior dislocation of the hip associated with ipsilateral femoral shaft fracture in a child: A case report. *J Orthop Surg* 2004;12(1):126-32.
15. Dreinhofer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, Tscherne H. Isolated traumatic dislocation of the hip. Long-term results in 50 patients. *J Bone Joint Surg* 1994;76(1):6-12.