

## İzole travmatik posterior kalça çıkığı: Olgusu

Faruk AKYILDIZ (\*), Hasan TURĞUT (\*\*), Selahattin ÖZYÜREK (\*\*\*), Ömer ERŞEN (\*\*\*\*), Şafak EKİNCİ(\*\*\*\*\*), Serkan BİLGİÇ (\*\*\*\*\*)

### ÖZET

Travmatik kalça çıkıkları ortopedik acildir ve mümkün olduğunca çabuk redükte edilmelidir. Bu yazıda izole posterior kalça çıkığının, acil şartlarında ketamin yardımıyla redüksiyonunu sunuyor ve avasküler nekrozun oluşmadığı vakamızda redüksiyonun acil yapılması gerektiği konusuna dikkati çekmek istiyoruz

**Anahtar Kelimeler:** İzole kalça çıkığı, avasküler nekroz, asetabulum posterior duvar kırığı

### SUMMARY

#### Isolated traumatic hip posterior dislocation: A case report

Traumatic hip dislocations are considered to be an orthopedic emergency and should be reduced as soon as possible. In this article we present a ketamine assisted reduction of isolated posterior hip dislocation in emergency conditions. Avascular necrosis did not occur in our case and we would like to draw attention to the issue that reduction should be done immediately.

**Key words:** Isolated hip dislocation, avascular necrosis, posterior acetabular wall fractures

### Giriş

Travmatik kalça çıkıkları, yüksek enerjili yaralanma sonrası oluşan pelvis, asetabulum, femur başı ve patella kırıklarının sık görüldüğü ciddi yaralanmalardır. Femoral, obturator sinir ve posterior çapraz bağ yaralanmaları da olaya eşlik edebilmektedir.

Aynı taraf femur cisim veya boyun kırığı yoksa, hastanın yatış pozisyonu gözlenerek kalça çıkığının tipi belirlenebilir ki %90 posterior yöndedir. İster bir kırıkla birlikte, ister yalnız başına olan travmatik kalça çıkıkları femur başı avasküler nekroz riski nedeniyle süratle redükte edilmelidir (1).

Bu olgu sunumunda acil şartlarında tanı koyar koymaz izole posterior kalça çıkığının acil ketamin yardımıyla redüksiyonu anlatılırken, 1. senedeki takibinde avasküler nekrozun oluşmadığı vakamızda redüksiyonun acil yapılması gerektiği konusuna dikkati çekmek istiyoruz.

### Olgusu

26 yaşında erkek hasta, traktörün devrilmesi sonrası sol kalçasında ağrı, hareket kısıtlılığı ve basamama şikayetiyle acil servisimize 2 saat sonra müracaat etmiş. Burada monitorizasyon sonrası vital bulgular değerlendirilip, sistem muayenesine geçildi. Sol kalça haricindeki sistem muayenelerin tabii olduğu gözlemlendi. Sol kalça adduksiyon, fleksiyon ve iç rotasyondaydı. Yapılan siyatik sinir ve peroneal sinir motor muayenede defisit saptanmadı. İlk olarak pelvis grafisi çekildi (Şekil 1). Grafi sonrası kırığın görülmemesi ve vakit kaybı oluşmaması için ilave tetkikler yaptırılmayıp redüksiyon için hasta acil kabinine alındı. Burada ketamin (0.6 mg./kg) 40 mg İV. uygulandı. 2 dakika sonra pelvis asistan tarafından stabilize edilip dizler fleksiyona getirilerek longitudinal traksiyon, internal rotasyon



Şekil 1: Redüksiyon öncesi pelvis grafisi

\* Malatya Military Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Malatya, TURKEY  
\*\* Siirt Military Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Siirt, TURKEY  
\*\*\* Aksaz Military Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Muğla, TURKEY  
\*\*\*\* Maresal Çakmak Military Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Erzurum, TURKEY  
\*\*\*\*\* Agri Military Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Agri, TURKEY  
\*\*\*\*\* GATA Haydarpaşa Training Hospital, Dept. of Orthopaedics and Traumatology, Istanbul, TURKEY

Ayrı basım isteği: Faruk AKYILDIZ  
Adres: Malatya Asker Hastanesi  
e-mail: faruk.akyildiz@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: Mar 17, 2013 • Kabul Tarihi: Mar 20, 2013 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Haziran 2015

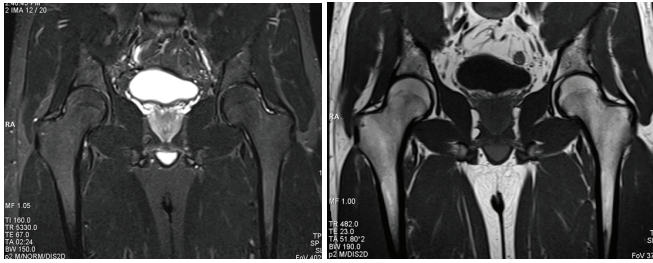
ve adduksiyon kuvveti uygulanıp redüksiyon sağlandı. Redüksiyon sonrası ekstremitte ekstansiyon ve dış rotasyonda tutuldu. Bu pozisyonda kalça grafisi ve kalça bilgisayarlı tomografi (BT) (Şekil 2,3,4) çekildi. Tetkiklerde redüksiyonun tam olduğu, asetabulum dudak, duvarlarında veya femur başında



Şekil 2: Redüksiyon sonrası kalça AP grafisi

Şekil 3-4: Redüksiyon sonrası Pelvis BT

kırık olmadığı tespit edildi. Nörovasküler muayenede defisit saptanmadı. Hasta klinikte 1 gün gözlem altında tutulup ertesi gün taburcu edildi. Hastaya ilk 1 hafta yatak içi egzersizleri ve oturma, 2. haftada koltuk değneği ile yük vermeden mobilizasyon, alt ekstremitte kasları güçlendirme egzersizleri önerildi. 3. Haftadan sonra kısmi, 8. Haftada tam yük verildi. Redüksiyon sonrası 12. aydaki muayenesinde kalça eklem hareket açıklığının tam olduğu, nörovasküler defisitinin olmadığı tespit edildi. Pelvis manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T1 ve yağ baskılı sekanslarında femur başında avasküler nekroz gözlenmedi (Şekil 5,6).



Şekil 5: 1. yıl sonunda kalça yağ baskılı pelvis MRG

Şekil 6: 1. yıl sonunda T1 sekans pelvis MRG

## Tartışma

Travmatik kalça çıkığıyla müracaat eden hastalarda izole kırksız kalça çıkığı oldukça nadir görülmektedir (2). Sadece kalçada değil, diz çevresinde de ciddi yaralanmalar ile birlikte olabileceği unutulmamalıdır. Kırık oluşmaksızın çıkığa izin veren durum, kalça eklem çevresi bağların ve kapsülün var olan gevşekliği olabilir.

Femur başı avasküler nekroz oluşmaması için redüksiyon süresi önemlidir (1,3). Kırıklı kalça çıkıklarında kapalı redüksiyon kontrendikedir. Vakamızda redüksiyon öncesi çekilen grafide kırığın görülmemesi üzerine ketaminin güçlü ağrı kesici özelliğinden de faydalanılarak konsantrik redüksiyon elde ettik. Konsantrik redüksiyon elde edilemeyen vakalarda bunu engelleyen 2 ana neden vardır. Bunlardan ilki labrumun yırtılarak içeri dönmeyişken, ikincisi asetabulumdaki osteokartilajinöz karakterdeki serbest cisimlerdir. Konsantrik redüksiyonun sağlanamadığının belirlenmesi her zaman kolay olmayabilir. Bunun için gerçek AP ve lateral kalça grafisi mümkünse bilgisayarlı kalça tomografisi çekilmelidir (4). Bizim vakamızda

redüksiyon sonrası çekilen tomografide konsantrik redüksiyon elde ettik. Konsantrik redüksiyon elde edilmemiş vakalarda redüksiyon ameliyathane şartlarında açık yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Dreinhöfer KE, Schwarzkopf SR, Haas NP, Tscherne H. Isolated traumatic dislocation of the hip. Long-term results in 50 patients. J Bone Joint Surg [Br] 1994;76:6-12.
2. Abdullah Göğüş, Sercan Akpınar, Mehmet Ünal, Bingür Sönmez, Azmi Hamzaoğlu kalça kırıklı çıkığı (pipkin tip-IV) ile beraber görülen travmatik aort kapak rüptürü Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. Yıl: 2001 Cilt: 7 Sayı: 1 66-69
3. Herman C. Epslein: "Posterior fracture-dislocation of the hip" J. Bone and Joint Surg. Vol. 56-A, No 6, 1974.
4. Canale S.T, Manugian A.H. Irreducible Traumatic Dislocations of the Hip. J.B.J.S. 61-A:7-14,1979.