

TROCHANTERİK BÖLGE KIRIKLARI

Zeki Korkusuz*

Mehmet Binnet**

Trochanterik bölge kırıkları hakkında literatürde çok sayıda yayın mevcuttur. Buna rağmen bu bölge kırıklarının bir çok yönü üzerinde fikir birliği oluşmamıştır. Değerlendirmeler daima tek yönlü olmuş ve istatistik sonuçlar yetersiz kalmıştır.

Kliniğimizde 1960-75 seneleri arasında tedavi gören 210 vakalık bir seri (63 konservatif) 4. Milli Ortopedi ve Travmatoloji Kongresinde neşredildi (7). Bu makalede 1975-80 seneleri arasında kliniğimizde cerrahi tedavi gören 77 hasta taktim edilecek ve görülebildiği kadarıyla hatalarımız ortaya konmaya çalışılacaktır.

MATERYAL ve METOD

1975-80 seneleri arasında kliniğimizde 77 hastanın 79 kalçasındaki trochanterik bölge kırığına cerrahi girişimde bulunuldu. Bu hastalarımızın istatistiki malümatı aşağıda çıkarıldı :

Hastaların 40 ı erkek, 37 si kadındı. Yaş ortalaması 59 (En küçük hasta 12, en büyük hasta 94 yaşındaydı). Hastaların kırığın oluşumundan sonra kliniğimize müracaat süreleri ortalama 8,4 gün idi. (en az 1 gün, en çok 45 gün). Klinikte ortalama yatma süresi 22,12 gün olarak bulundu. (en az yatan 4 gün, en çok yatan 74 gün). Kırık fiksasyonunda : 67 vakada Jewett çivisi (bunlardan 11 inde vida ile kombinasyonu, 2 sinde greft ile kombinasyonu, ve 1 inde cerklaj ile kombinasyonu yapılmıştır.), 7 vakada Mc Laughlin çivisi, 4 vakada A0 spongioza vidaları, 1 vakada Richards çivisi kullanılmıştır. Kırık 42 defa sağda, 37 defa solda idi.

Kırıkların bölgelere göre taksimi : İntertrochanterik 39 (9 u parçalı, 1 i patolojik), subtrochanterik 16 (5 i parçalı, 1 i patolojik) pertrochanterik 24 (2 si parçalı, 1 i patolojik).

* A.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Öğretim Görevlisi

** A.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Asistanı

Çivinin yeri : 27 vakada proksimalde, 47 vakada collumun ortasında, 5 vakada collumun distalinde idi.

Çivi çakılması esnasında : 49 vakada ideal repözyon sağlanmış, 12 vakada kırık varusta ve 18 vakada valgusta kalmıştır.

Takip edilebilen 16 hastada callus görünümü 5,54 ayda, radyolojik olarak ortaya çıkmıştır. 3,5 ay takip edilen 14 hastada callus gelişmiştir.

Hastaların klinikte yattıkları sürede 9 exsitus vakası görüldü. (% 11,68)

Bu hastalarda şu komplikasyonlar görüldü. Enfeksiyon 6 (% 7,79), Psödo 3 (% 3,89), Coxa valga 1 (% 1,29), çivinin acetabulumuna geçmesi 6 (% 7,79), coxaartroz 1 (% 1,29), siyatik felci 1 (% 1,29), dekübitüs ülseri 2 (% 2,59), miyositis ossificans 1 (% 1,29), emboli 2 (% 2,59). Komplikasyon sonucu (1 ilâ 12 ay arasında) 12 hastanın çivisi çıkarıldı. Bu vakaların 1 tanesinde tekrar je-wett çivisi çakıldı, 1 tanesi AO vidaları ile tekrar tesbit edildi, bir hastamıza psödoartroz tamiri yapıldı, 1 hastamıza da Thomas yürüme cihazı verildi.

MÜNAKAŞA

Thorachanterik bölge kırıkları çeşitli şekilde sınıflandırılmıştır. Lokalizasyonuna göre : Ansdüns, Matti, Heller, Bounin' (2) in tasniflerine bakarsak değişik yazarların aynı deyimlerle, aynı şeyi söylemediklerini görürüz. Bu yorum bundan sonraki sınıflandırmalar için de geçerlidir. Neticede bir kavram kargaşası vardır. Amerikan literatüründe çok tutulan Andsley-Cooper taksimi ile Fransız literatüründe taraftar bulunan Delbet taksimide bütün dünyaya yayılmamıştır (20). Kırık tipine göre Böhler (4), Evans (10), Murray-Frew (18), Watson-Jones (21), Massie (17) vs. gibi taksimler görürüz. Bunlardan Evans taksimi oldukça fazla taraftar bulmuştur.

Diğer bir sınıflandırma da : Stabil-Anstabil ve İntra-Extrakapsüler diye kırıkları ikiye ayıran, tedaviyi esas almış sınıflandırmalardır.

Görülyüorki trochanterik bölge kırıklarının taksiminde bile dünyaca kabul edilmiş bir standart yoktur. Biz vakalarımızı lokalizasyonuna göre pertrochanterik, intertrochanterik ve subtrochanterik adlarıyla sınıflandırıldık (8).

Tedavinin konservatif veya cerrahi yapılması konusunda, literatürdeki meyil cerrahiye doğrudur. Konservatif tedavinin kati taraftarları olması yanında (4,5), cerrahi tedavide hastanede kalma süresinin kısalığı, bakım kolaylığı, fonksiyonel sonuçlarının daha iyi olması, osteoporozun ve ankilozun azlığı gibi avantajlar bulunmaktadır .Cerrahi tedavide infeksiyon tehlikesinin daha fazla olması her vakada

cerrahi tedaviyi uygulamanın dezavantajıdır (15). Konservatif ve cerrahi tedavide ortaya çıkan ölüm ve tedavi komplikasyonları hakkında değişik istatistikler verilmiştir.

Vakalarımızda hastanede yatma süresi 22 gündür. Bu süre literatür verilerine bakılınca çok azdır. Aronsson (1) 59 gün, Bickol ve Jacson (3) 75 gün. Memleketimizin şartları da bizi buna zorlamaktadır. Hastayı devamlı takiple ancak bu defektimizi kapatabiliriz. Fakat 77 hastanın ancak 16 tanesini 5,5 ay 14 tanesini de 3,5 ay takip edebildiğimiz dosyalarımızı tetkikinden görülmektedir. Trochanterik bölge kırıklarında şifa süresinin uzunluğu düşünülürse (Bizim takip edebildiğimiz vakalarda 5,5 ay) bu takip eksikliğimiz sonucu hastalarımızı kendi akibetine bırakıyoruz demektir.

Bakım kolaylığı, cerrahi tedavi indikasyonu için bir gerekçedir (14). Stabil fiksasyon yapılabildiği ölçüde bu husus geçerlidir. İyi stabilizasyon temin edilemeyen hastalarda ağrı nedeniyle bakım zordur. Bu nedenle hangi kırıkta, hangi yöntemle daha iyi stabilizasyon temin edilebileceği suali her ameliyattan önce düşünülmelidir. Kliniğimizde genellikle 130° lik Jewett çivisi (12) fiksasyon aracı olarak kullanılmaktadır. (79 kırıkta Jewett çivisi). Çok parotal ve parçalı kırıklarda bu tip çivinin kullanılması ile yeterli bir stabilizasyon yapılamaz. Mesela supkapital bir kırıkta tabakalar halinde çok sayıdaki Kirshner telleri ile tesbit varken (2) veya AO nun açılı plağı, spongioza vidaları ile tesbit imkanı elde iken (19) Jewett çakılması hastayı gereksiz yere yüklemektir. Çok parotal kırıklarda Ender çivilemesine gitmek (9) hem ufak müdahaledir, hem de daha iyi stabilizasyon sağlar.

Kliniğimizde kullandığımız Jewett çivileri 130° lik çivilerdir. Stabilizasyonun temininde çivinin yeri de açısı kadar önemlidir. CCD açısı 130° olduğundan çivi collum femoris aksına paralel olacaktır. Pratikte görülen; 130° lik çivi çakıldığında çivinin çoğunlukla collum aksı üzerinde bulunduğudur. Bu durum bizim vakalarımızda da izlendi (47 hastada). Böylelikle çivinin caput ve collum femoris içindeki kısmı nisbeten kısa olur ki buda stabilizasyonun az olması, çivinin parotal kemikten kolaylıkla çıkması gibi sonuçları getirir. Çivinin trochanterik bölgeden çakılma yerinin değiştirilememesi de Jewett çivisinin diğer bir dezavantajıdır. Trochanter massifinin de kırıldığı vakalarda çivinin çakılma yeri ekseri kırık çizgisi üzerine denk gelir. Buradan çivi çakarken veya daha sonra trochater major da yeni kırıkların oluştuğu sık gördüğümüz durumlardır. Bu tip komplikasyonlardan kaçınmak için McLaughlin çivisine de indikasyon tanımak gereklidir.

Preoperatif klasik maniplasyonlarla çoğunlukla ideal repozisyon sağlanır. (Bizim de 79 kırığın 49 unda ideal repozisyon görülüyordu) Fakat kırık kaynaması esnasında, kırık bölgesinde kemik rezorbsiyonu oluşur. Bu sebepten çakılacak çivinin kırık repozisyonu esnasında ölçülenden daha kısa olması gerekir. Buda sta-

bilizasyonu azaltır. Bu durumu önlemek için Massie (17) çivisi, çok yatay Mc Laughlin, 150° lik Jewett veya özel Küntscher (16) indikasyonu koyulmalıdır.

Jewett çivisi hakkında söylenecek diğer bir hususda; çok parçalı kırıklarda yalnız Jewett çivisinin yeterli olmadığıdır. Bizim Jewett çakılan vakalarımızın 11 tanesinde vida, 1 tanesinde cerklaj, 2 sinde greftie kombinasyon gereği ortaya çıkmıştır. Bu vakaların çoğunda Ender çivisi indikasyonu konulabilir.

Repozisyon üzerinde de durmak gerekir. Çeşitli repozisyon manevraları tarif edilmiştir (20). Bu manevralardan sonra ne tip bir repozisyon elde edilmeli. Bizim vakalarımızın 49 unda ideal, 12 sinde varusta ve 18 inde valgusta redüksiyon sağlanmıştır. Trochanterik kırıklarda Coxa vara geç komplikasyon olarak bilinir. Buna parçaıtı, anstabil kırıklarda daha çok raslanılır (10). Repozisyon anında Coxa vara deformitesi bu bakımdan yapılmaması gereken bir hatadır. Repozisyon manevralarını daha dikkatli yapmak ve stabil olmayan kırıklarda hafif valgusta repozisyonu sağlamak daha iyi neticeler verir.

Hastalarımızda % 11,6 ölümlü oranı görüldü. Bu rakam Hoosch'nun (13) literatür taramalarındaki % 15,3 rakamından düşüktür. Yalnız vakalarımızın klinikte yatma sürelerinin çok kısa olduğunu ve sonraki akibetleri hakkında istatistiki verilerimiz olmadığından çıkarmamız gerekir. Bunun yanında Nigst gibi (20) ölü moranının ilk üç ayda % 5,2 verenlerin olduğuda unutulmamalıdır. Vakalarımızın % 7,7 sinde çivinin acetabulumuna geçtiği görülmüştür. Literatürde bu tip komplikasyon teknik hata olarak yazılmıştır (6,11). Bu tip kırıklarda Jewett yerine McLaughlin çivisi çakılarak komplikasyonu azaltmak imkan dahilindedir. Şöyleki açı ve çivi uzunluğu ile çivinin çakılma yeri Mc Laughlin de değişiklik varyasyonlara tabi tutulabilir. Son olarak % 7,7 lik enfeksiyonda sanırız yalnız sözünü etmek bile yeterli olacaktır. Uzun süren ameliyat ve büyük kesinin bunda önemli rol oynadığı hiç unutulmamalıdır.

ÖZET

Trochanterik bölge kırıklı hastalarımızda aldığımız sonuçlar bizlere ilerisi için bazı yollar gösterdi. Bu bölge kırıklarında cerrahi tedavi tercih edilmelidir. Cerrahi girişimde vakaya göre osteosentez metodu seçilmelidir. Tek metot ekol olarak kabullenilmemelidir. Daha çok yaşlı hastalarda görülen bu kırıklarda, girişimlerin ehil ellerde uygun ameliyat şartları olan yerlerde yapılması zarurettir.

ZUSAMMENFASSUNG

Die schlechte Ergebnisse unserer Patienten, die wegen troch. Brüche behandelt worden, haben uns gezwungen, um neue Behandlungsaspektie zu akzeptieren. Bei dieser Brüche muss man die operative Behandlung bevorzugen und von Fall

zu Fall verschiedene Osteosynthesen verfahren anwenden. Man darf nicht als Schule nur eine einzige Osteosynthesen Methode verwenden. Da Art der Brüche bei der alten Patienten entstehen, soll man die Eingriffe durch erfahrene Mannschaft und in technisch vollständigen Krankenhäuser durchgeführt werden.

LİTERATÜR

1. Aronsson, H. : Treatment of intertrochanteric and pertrochanteric fractures of femur. Acta Chir. Scand. 100, 110 (1950)
2. Baud, B. : Coxa vara als Komplikation von föcherförmigen Drahtfixationen . pertrochanteren Femur frakturen Chirug 26, 468 (1955)
3. Bickel, W. H-Jackson, A.E. : Intertrochanteric fractur of the femur Surg. Gynec. Obstet 91, 14 (1951)
4. Böhler, L. : Die Technic der Knochenbruchbehandlung Wien, Maudrich, 1954
5. Clawson, D.K. : Intertrochanteric fractures of Femur. Amer. J. Surg. 93, 580 (1957)
6. Cleveland, M. - Bosworth, D.H. - Thompson, F.R. ve ark. : A 10-year analysis of intertrochanteric fractures of the femur. J. Bone Jt. Surg. 41 A 1399 (1959)
7. Ege, R. - Süldür, E. ve ark. : Trochanterik bölge kırıkları IV. Milli Türk Ort. ve Trav. Kongre kitabı. 96-102 (1976)
8. Ege, R. : Hareket Sistemi Travmatolojisi A. Ü. T. F. Yay. No: 365 1968 Ankara
9. Ender, J. : Behandlung intracapsuaren Schenkelhalsbrücke und Ihre Folgen. Chirurg 23, 230 (1952)
10. Evans, E.M. : The treatment of trochanteric fractures of the femur. J. Bone. Jt, Surg. 31 B (1979) 190
11. Foster. J.C. : Trochanteric fractures of the Femur treated by the vitallium Mc Laughlin nail and plate J. Bone Jt. Surg. 40 B 684 (1958)
13. Jewett, E.L. : Rigit internal fixation in intracapsuler neck fracture Amer. J. Surg. 91 621 (1956)
13. Haasch, K. : Ergebnisse der Nagelung Pertrochanterar Femur frakturen Chirurg 30 168 (1959)
14. Hampton, O.P. - Fitts, W.T. : Open reduction of common fractures New-York, London, Grune-Stratton (1959)

15. Kennedy, J.C. ve ark. : The moe-platte in intertrochanteric fractures of the femur. J. Bone Jt. Surg. 39, 451 (1957)
16. Küntscher, G. : Die vollautomatische Schenkelhalsnagelung Z. Ortop. 84. 17 (1953)
17. Massie, K.W. : Fractures of the hip. J. Bone Jt. Surg. 46 A 658 (1964)
18. Murray, R.C. - Frew, J.F.M. : Trochanteric fractures of the femur J. Bone Jt. Surg. 31 B 204 (1949)
19. Müller, M.E., Allgower, M., Willenegger, H. : Manual der Osteosynthese Springer Verlag, Heidelberg 1969,
20. Nigst, H. : Spezielle Frakturen und Luxationslehre Bd III Stuttgart, Thieme 1964
21. Watson-Jones : Çev. Güngör S. Çakırgil : Kırıklar ve Mafsal Yaralanmaları A.Ü.T.F. Yay. 217