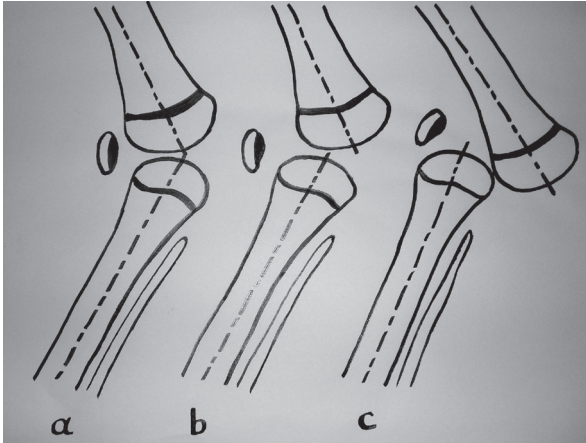


Konjenital Diz Çıkığı

A.Nedret OKAN*, M.Müfit ORAK**

Konjenital diz çıkığı ortalama 100.000 doğumda bir görülen nadir doğumsal deformitelerdendir. Gelişimsel kalça displazisinin yüzde biri oranında rastlanır. Her ne kadar seyrek olsa da, tanınması erken tedavinin önemi açısından gereklidir. Basit hiperekstansiyondan tibianın femur üzerinde öne total çıkığına kadar değişen tiplerde görülür. Kalıtsal olduğu yönünde yeterli kanıt yoktur ve vakaların büyük çoğunluğu sporadiktir. Tek veya iki taraflı olabilir. Sendromlarla veya başka ortopedik deformitelerle özellikle alt ekstremité anomalileri ile birlikte bulunması siktir⁽¹⁾.

Konjenital diz çıkığı ilk kez 1812 yılında Chanssier ve 1822 yılında Chatelain tarafından tarif edilmiştir. En erken fetal tanısı 19,5 gestasyon haftasında konulmuş olan bu nadir deformitenin sınıflandırmasını Leveuf ve Pais yapmışlardır (Şekil 1). 1. tip 'konjenital hiperekstansiyon' diye adlandırılır ve tibia ile femur aksları arasında diz eklemi düzeyinde bağlantı kesintisiz olarak devam eder. 2. tip 'konjenital diz sublüksasyonu' olup tibia aksı, diz eklemi düzeyinde femur aksının önüne kaymıştır. 3. tip, 'konjenital diz çıkığı' dır ve tibia ile femur aksları arasında diz eklemi düzeyinde hiç bağlantı yoktur; tibia, femurun önünde yerleşim gösterir⁽²⁾.



Şekil 1: Leveuf sınıflandırması: a- Hiperekstansiyon; b- Sublüksasyon; c- Dislokasyon.

* Op.Dr., Medicana Çamlıca Hastanesi, İstanbul

** Op.Dr., Kartal Lütü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul

Etiyoloji:

Kesin olarak belirlenememiştir. Öne sürülen değişik teoriler arasında genetik temelinin bulunma olasılığı bu konuyu araştıranlar arasında pek destek görmemektedir. Ancak gelişimsel kalça displazisi, pes ekinovarus, konjenital vertikal talus ile birlikte görülme sıklığı ile Larsen sendromu, myelodisplazi, Ehler-Danlos sendromu, Streeter sendromu ve Artrogriposis Mültipleks Konjenita ile beraber rastlanması nedeniyle poligenik bir kalıtsal ileti şekli olabileceği üzerinde duranlar vardır^(1,2,3,4). Yapısal olarak kuadriseps kontraktürünün ön planda olduğunu ileri sürenler olduğu gibi⁽⁵⁾, hem intrinsik hem de ekstrinsik nedenler olduğu yönünde görüş belirtenler de vardır⁽⁴⁾. Etiyoloji açısından literatürde en çok atıf yapılan Katz, primer nedenin ön çapraz bağların gelişme geriliği veya yokluğu olduğunu söyler⁽⁴⁾. Fakat buna karşı çıkanlar, Katz 'ın vakalarının yaşlarının büyük olması nedeniyle sekonder yapısal değişiklikleri etiyolojik faktör olarak gördüğünü belirterek reddederler. Sternokleidomastoid kasında olduğu gibi kuadrisepste de intraüterin iskeminin rolü olabileceğini⁽⁶⁾, hatta hamileliğin ileri devrelerinde gelişen basit bir konjenital postural deformiteye bağlı olarak patolojinin gelişebileceğini⁽⁶⁾ yazanlar mevcuttur. Ancak mekanik faktörleri tümüyle reddeden, tüm makat gelişimi ile doğanların %25 inin fleksiyon hareketine direnç göstermeyen hiperekstansiyon pozisyonundaki dizlere sahip olduğunu söyleyen, konjenital diz çıkığının ise 100.000'de bir oranında görüldüğünü hatırlatan yazarlar da vardır⁽⁷⁾. Bu konudaki en geniş ve çok merkezli çalışmayı yürüten Bensahel, etiyoloji açısından bir teori ileri sürmemiştir⁽⁸⁾. Sonuçta mültifaktöriyel etkenler olasılığı ön plandadır ve konjenital diz çıkığının etiyolojisi halen aydınlatılmamıştır.

Tanı:

Konjenital diz çıkığı, değişen derecelerde hiperekstansiyon postüründeki diz deformitesinin görülmesiyle tanınır. Ancak intraüterin basit duruş

anomalilerini bu patolojiden ayırmak gereklidir. Pasif diz fleksiyonunun kısıtlanmış olması klinik açıdan tanı için gereklidir. Dizin aktif ve pasif fleksiyon hareketi, kuadriseps tendonunun az veya çok kontrakte ve kısalmış olmasına bağlı olarak engellenmiştir. Direkt radyografi, tibianın femura göre yerleşimini tespit etmekte ve sınıflandırmayı yapmakta yardımcıdır. Eşlik eden patolojilerin varlığı, hastalığın konservatif tedaviye direnç gösterebileceğini ve dizde yapısal anomali olasılığını düşündürür.

Tedavi:

Konjenital diz çıkığı hakkında literatüre önemli katkısı olan ve geniş serilerinin sonuçlarını yayınlayan yazarların tümü tedaviye konservatif yöntemlerle başlanması gerektiğini belirtmişlerdir^(1,2,3,4,6,7,8,9,10). Konservatif tedavi, kuadriseps ve dizin anterior kapsülünün gerilmesiyle yapılan manipülasyonlar ve giderek artan diz fleksiyon derecelerindeki alçılama şeklindedir. Kırk beş derecelik diz fleksiyonu elde edildikten sonra Pavlik bandajı ile de tedavi sürdürülebilir. Bazı dizler ileri derecede sert ve manipülasyona dirençli olabilir ve genel anestezi ile uygulama gerekebilir. Genel anestezi gerektiren dizlerin mutlaka 3. tipte olması gerekmez. Özellikle artrogripozis multipleks konjenita gibi anomalilerle birlikte görülen diz hiperekstansiyon sendromları, hangi tipte olurlarsa olsunlar konservatif tedaviye direnç gösterirler, genel anestezi ile manipülasyon gerektirirler ve kazanılan fleksiyon derecesinin kaybı söz konusu olabilir.

Tüm yazarlar, tedaviye tanı konur konmaz, mümkünse doğumdan hemen sonra başlanması konusunda hemfikirdirler. Üç aydan önce başlanan tedavilerde konservatif yöntemlerle başarı şansı üçte ikinin üzerindeyken, üç ila altı ay arasında bu oran üçte bire inmekte ve altı aydan sonra cerrahi tedaviler gündeme gelmektedir⁽⁵⁾. Konservatif tedavi ettikleri altı vakada aldıkları sonuca göre etiyoloji konusunda yorum yapan Haga ve ark⁽⁶⁾, minimal konservatif yöntemlere yanıt veren dizlerde, hamileliğin geç evrelerindeki duruş anomalilerine bağlı olarak konjenital postüral deformite geliştiğini ileri sürerler. 17 hastanın 24 dizini konservatif yöntemlerle tedavi eden Ko ve ark⁽¹⁰⁾, eşlik eden başka anomaliler yoksa ve tedavi doğumdan sonraki ilk günlerde başlatılmışsa mükemmel ve iyi sonuçlara ulaşabileceğini vurgularlar. Erken konservatif tedavi ve redüksiyon, gelişecek sekonder

diz eklemi deformitelerini de distal femur epifizinin ön kısmının normal gelişimine yardımcı olarak önler⁽¹¹⁾. Genel eğilim, üç ay süre ile konservatif tedavinin denenmesi gerektiği yönündedir. Tedavi sonrası hastaların yarıya yakınında 10-20 derece kadar hiperekstansiyon eğilimi görülmüş ancak bunun nükse veya instabiliteye neden olduğu yönünde görüş bildirilmemiştir. Yine hastaların yaklaşık olarak yarısında gözlenen valgus deformitesinin de erken konservatif tedavi uygulananların takiplerinde daha seyrek olarak süregeldiği gözlenmiştir.

Konservatif tedavinin başarısız kaldığı hastalarda beklemeden, altı aydan büyükken ilk kez tanı konan vakalarda ise manipülasyon yöntemlerini denemeden cerrahi tedavi uygulanması konusunda fikir birliği vardır.

Serisi olan yazarlar literatürde konjenital diz çıkığı hakkında en çok cerrahi tedavi sonuçlarını yayınlamışlar ve etiyoloji hakkındaki yorumlarını da genellikle cerrahi tedavi sırasındaki gözlemlerine göre yapmışlardır^(3,4,5,7,8,9,12).

Curtis ve Fisher'in serisi cerrahi tedavi uygulanan 11 hastanın 15 dizini kapsar⁽³⁾. Makalelerinde tüm vakaların konservatif tedaviye direnç gösterdiğini ve en erken ameliyat yaşının 6 ay olduğunu belirtirler. Tüm hastalarında ek olarak başka kas-iskelet sistemi anomalileri vardı ve tümünde gelişimsel kalça displazisi gözlemlenmişlerdi. Cerrahi sırasında kuadrisepsin özellikle lateral kısmında daha belirgin olmak üzere fibrozis bulmuşlar, vastus medialisin kısmen korunmuş olduğunu saptamışlardır. Patellayı da içine alan tüm ekstansör mekanizmanın laterale yer değiştirdiğini ve bu bulgunun çoğu zaman tibianın femur üzerindeki dış rotasyon ve valgus pozisyonuyla da ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Kollateral ligamanlarla hamstring tendonlarının öne yer değiştirdiğini ancak çapraz bağlarda ve menisküslerde belirgin patoloji olmadığını söylemişlerdir. Ayrıca femur ve tibia kondillerinde minör deformasyonlardan bahsetmektedirler.

Katz, dört yaşının üzerindeki 5 konjenital diz çıkığı vakasını ameliyat etmiş ve bulgularını etiyoloji açısından yorumlayarak bu konuda en çok atıf alan yazar olmuştur⁽⁴⁾. Dört hastasında ön çapraz bağın olmadığını, birinde ise ince ve uzamış olarak bulunduğunu belirtir. Bu sonuçlara dayanarak primer nedenin ön çapraz bağ patolojisi (yokluğu veya hipoplazisi) olduğunu söyler. Vakalarının yaşlarının büyük olması, diğer yazarların Katz'i sekonder

adaptif değişiklikleri primer etiyolojik faktör olarak yorumladığı yönündeki eleştirileriyle karşı karşıya bırakmıştır.

Ferris ve Aichroth, 11 hastanın 19 dizini tedavi etmiş ve konservatif yöntemlerle yanıt alamadıkları üç dizde cerrahi yöntemlere başvurmuşlardır⁽⁵⁾. Kuadriseps mekanizmasının uzatılmasına ek olarak öne disloke olan iliotal bandın, adduktorların, lateral kollateral ligaman ve ön çapraz bağların gevşetilmesi gerektiğinden bahsederler. Cerrahi tedavi sonuçlarının iyi olmadığını söylemektedirler.

Johnson ve arkadaşlarının serisi 17 hastanın 23 dizinden oluşmaktadır ve 13 dizde konservatif yöntemler başarısız kaldığı için cerrahi tedavi uygulanmıştır⁽⁷⁾. Bulguları, kuadriseps fibrozisi, suprapatellar bursanın hipoplazisi veya yokluğu, hamstring tendolarının öne yer değiştirmesi şeklindedir. Ön çapraz bağ yokluğuna yalnız bir dizde, uzamış ve incelmış olmasına ise yine bir dizde rastlanmıştır. Kuadriseps fibrozisinin esas etiyolojik faktör olduğu kanısındadırlar.

Bensahel ve arkadaşlarının çok merkezli olarak yürüttükleri ve yayınladıkları serileri, konjenital diz çıkığı literatürünün en kapsamlı çalışmasıdır⁽⁸⁾. 46 hastanın 56 dizini incelemişler, tedavi yöntemlerini ve önerilerini belirtmişler ancak etiyoloji açısından yorum yapmamışlardır. Doğumdan hemen sonra başlattıkları fizyoterapi, progressif manipülasyonlar ve rijit ortezlerle sonuç alamadıkları 32 dizde cerrahiye başvurmuşlar ve kuadriseps kontraktürü, patellar hipoplazi, hamstring tendonlarının anteriora dislokasyonu gibi diğer yazarlara benzer bulgulara ulaşmışlardır.

Bir diğer önemli çalışma da Oishi ve arkadaşlarının 19 vakanın 26 dizini inceledikleri ve tedavi seçeneklerini yayınladıkları makaleleridir⁽⁹⁾. Konservatif yöntemlerin yetersiz kaldığı veya elde edilen fleksiyon derecelerinin kaybının söz konusu olduğu 10 dize artrografi uygulamışlar; suprapatellar bursa hipoplazisi ve anterosüperior eklem kapsülünün patellofemoral eklem yüzeyine yapışık olması ile karşılaşmışlardır. Cerrahi tedavi uyguladıkları üç dizde, suprapatellar bursanın yerinde yağlı fibröz bir doku gözlemlemişler, medial hamstring tendonlarının, medial kollateral ligaman insersiyosunun anteriora yer değiştirdiğini, kuadrisepste hipoplazi olduğunu saptamışlardır. İki yaşından büyük vakalarında menisküs hipoplazisi ve femur kondillerinde düzleşme gözlemlemişler ancak

bu bulguların dört aylıkken ameliyat ettikleri hastada olmadığını da belirtmişlerdir.

Gabos ve arkadaşlarının çalışması, ön çapraz bağın konjenital yokluğu üzerinedir ve Katz'a atıf yaparak konjenital diz çıkığını da bu patoloji ile bağlantılı olarak belirtir⁽¹²⁾. Makaledeki vakaların yaşları ondörtten büyüktür ve makale, iskelet gelişimi tamamlanmadan önce ön çapraz bağ rekonstrüksiyonunun gerçekleştirilerek sekonder adaptif yapısal ve açısal deformitelerden kaçınılabileceğini vurgular.

Sonuç olarak büyük serilerle ve sonuçları yorumlanabilecek anlamlı takip süreleriyle deneyimlerini bildiren tüm yazarların görüşü, patoloji tanınır tanınmaz konservatif tedavinin başlatılması yönündedir. Manipülasyon, gerekirse traksiyon, genel anestezi ile veya anestezisiz seri alçılama, Pavlik bandajı uygulaması ve kazanılan fleksiyon derecesini koruyan ortezler konservatif tedavinin esaslarını oluşturur. Doğumdan sonra üç ay süre ile konservatif yöntemlere yeterli yanıt vermeyen dizlerde ve ilk tanısı altı aydan sonra konmuş olan vakalarda cerrahi tedavi endikasyonu olduğu konusunda da fikir birliği vardır. Ameliyatta genel eğilim turnike altında çalışılması yönündedir. Dizin anteriorundan longitudinal insizyonla girilir ve kuadrisepsplasti uygulanır. Fibröz yapışıklıklar temizlenir, anteriora disloke olmuş hamstring tendonları redükte edilir, diz redüksiyonu sağlanır. Yeterli fleksiyon derecesi elde edilemiyorsa, eklem kapsülü transvers olarak medial ve lateral kollateral ligamanlara ulaşıncaya kadar açılır ve eklem içi patolojiler tespit edilir. Puberteden önce ön çapraz bağ anomalilerine müdahale edilmesi, postoperatif dönemde kemik olgunluğuna erişilinceye kadar ortez ile korumayı gerekli kılar. Yazarların tümü, konservatif tedavi sonuçlarının cerrahi tedavi sonuçlarından daha iyi olduğunu belirtmişlerdir. Bunun nedeni, cerrahi tedavi uygulanan hastaların daha ileri yaşlarda bulunması ve/veya konservatif yöntemlere direnç gösteren komplike vakalar olması ile açıklanabilir.

Klinik deneyimlerimiz:

Yılda ortalama 30.000 doğumun gerçekleştiği bir kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde çalışırken, 2006 yılında, bir yıllık süre içerisinde 9 hastanın 12 konjenital diz çıkığını takip ve tedavi ederek bir yıllık sonuçlarımızı 2007 yılında Varşova'daki Avrupa Pediatrik Ortopedi Kongresi'nde (EPOS)

yayınladık⁽¹³⁾.

Hastalarımızın beşi kız, dördü erkek olup altı hastanın dokuz dizi 1. tipte, üç hastanın üç dizi ise 2. tipteydi. Serimizde 3. tipte disloke diz yoktu. Vakaların yedisini doğduktan sonraki ilk 24 saat içinde görerek takip ve tedaviye başladık. Bir hastamız 22i günlükken, diğer ikisi ise üç yaş ve üç yaş dört aylıkken serimize girdi. Tüm hastaların doğum öncesi pozisyonu verteksti. Yeni doğan bir hastamızla üç yaşındaki diğer bir hastamız kardeş olup ikinci dereceden akraba ebeveynlere sahiptirler ve ikisinde de Artrogriposis Mültipleks Konjenita mevcuttu. Üç yaşın üzerindeki diğer hastamızda da Artrogriposis Mültipleks Konjenita ve bilateral pes ekinovarus deformitesi vardı. Her üç hasta da 1. tipte konjenital diz çıkığı deformitesi grubundaydı. Bu üç hastanın hepsinde iki taraflı gelişimsel kalça displazisi vardı ve diğer vakaların hiç birisinde (literatürle uyumsuz olarak) kalça patolojisi saptanmadı. 1. tip konjenital diz çıkığı olan iki hastamız aynı zamanda spina bifidalıydı. Birinde iki taraflı pes ekinovarus deformitesi de mevcuttu. 2. tipteki üç vakanın ilkinde ters tarafta pes ekinovarus deformitesi olup ikincisinde ters taraftaki ayakta kalkeneovalgus deformitesi tespit edildi. Üçüncüsünde ise aynı tarafta konjenital femur kısalığı ile birlikte ayak 5. parmak aplazisi mevcuttu. Her üç 2. tip konjenital diz çıkığı vakasına MRI tetkiki yapıldı.

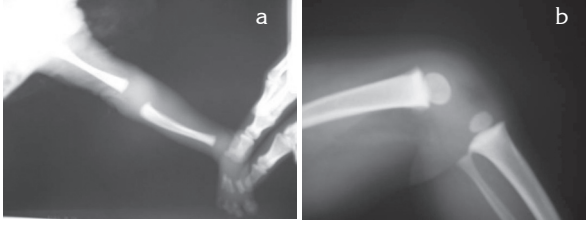
Tedaviye 1. tipteki en yaşlı hastamız dışındaki sekizinde germe ve anestezi altında haftada bir değişen alçılama yöntemiyle konservatif uygulama başlatıldı. Artrogripotik hastalar dışında hepsinde iki ila altı alçılama sonrasında mükemmel ve iyi sonuçlar alındı. İki kardeş artrogripozisli vakada 70-90 derece diz fleksiyonu elde edildi ancak koruyucu orteze elde edilen diz fleksiyonları korunurken, bir yıldan sonra hastalar takipten çıktı. Alçıldığımız tüm vakalarda hiperekstansiyon eğilimi saptadığımız için üç ila altı ay arasında değişen sürelerde diz ekstansiyonunu engelleyen ancak aktif ve pasif fleksiyona izin veren bir uzun bacak ortezi kullandık. Bunun sonucunda dizlerde stabilite geliştiğini gözledik. Üç yaş dört aylık olan en büyük hastamız artrogripozisliydi ve serimizdeki cerrahi tedavi edilen tek hastaydı. Takip süremiz en kısa bir yıl olup ortalama 15 aydı.

Cerrahi tedavi ettiğimiz hastada genel anestezi ve turnike altında uyluk ve dizin anteriorundan longitudinal insizyonla girdik ve fibrotik bir suprapatellar bursa ile hipoplastik, laterale kaymış

bir patella ile karşılaştık. Kuadriseps kısalmış olup iliotibial bant ileri derecede gergindi. Rektus femoris, vastus intermedius ve vastus medialis arasındaki yapışıklıklar temizlenip iliotibial bant ve vastus lateralis longitudinal olarak kesildikten sonra patellanın sulkusa yerleştiği görüldü ve Rektus femoris kasına Z plasti uygulandı. Eklem kapsülünün açılmasına gerek kalmadan diz doksan derece fleksiyona getirilebildi ve bu pozisyondayken uzatılmış olan Rektus femoris kası dikildi. Hastanın yüksek uyluk alçısı yine diz doksan derece fleksiyondayken yapıldı ve üç hafta tutuldu. Bir yıllık takip sonucunda hastanın diz fleksiyonu seksen derece olarak günlük aktiviteleri için yeterliydi.

Sonuçlarımızın yorumunda Johnson ve arkadaşlarının⁽⁷⁾ diz değerlendirme ölçeğini temel alarak hareket açıklığı tam, stabil ve ağrısız dizleri mükemmel, 70-90 derece fleksiyon elde edilen, stabil, ağrısız dizleri iyi, tedaviye dirençli, 70 derecelik diz fleksiyon derecesini korumak için orteze gerektiren dizleri ise kötü sonuç olarak belirledik. Artrogripozis Mültipleks Konjenita'lı olup konservatif tedavi edilen iki kardeş hastamızın dört dizinin sonuçları kötüydü. Cerrahi tedavi edilen ve yine Artrogripozis'li olan en yaşlı hastamızın dizinin sonucu ise iyiydi. Her üç hastanın da 1. tipte konjenital diz çıkığı deformitesi olması dikkatimizi çekti. Deformitenin ağırlık derecesinin değil, eşlik eden yumuşak doku patolojisinin (Artrogripozis) tedavi sonucunu etkilediğini düşündük. Diğer altı hastamızın yedi dizinde ise konservatif tedaviyle mükemmel sonuç aldık.

Hastalarımızın dağılımında ve eşlik eden patolojilerde dikkatimizi çeken bulgular şöyle oldu: Artrogripozis'li hastalar dışında hiçbir vakada gelişimsel kalça displazisi mevcut değildi. Ayrıca makat gelişimi doğan hastamız yoktu. Bu iki bulgu da literatürle uyumsuzdu. En sık eşlik eden anomaliler ise tüm yazarların bahsettiği şekilde ayak anomalileriydi. 2. tipteki üç hastamızın ikisinde maternal uterus patolojisi olarak literatürde bahsine rastlamadığımız uterus didelfus mevcuttu. Ayrıca yine 2. tip konjenital diz çıkığı olan hastalarımıza tedavi sonrası yaptırdığımız diz MR tetkiklerini de literatürde bu konuda başka MR çalışması olmadığı için karşılaştırma olanağı bulamadık. Bunların arasında ters tarafta alt ekstremite anomalisi olan iki vakada normal MR bulguları saptarken aynı ekstremitede eşlik eden anomalileri olan bir çocukta



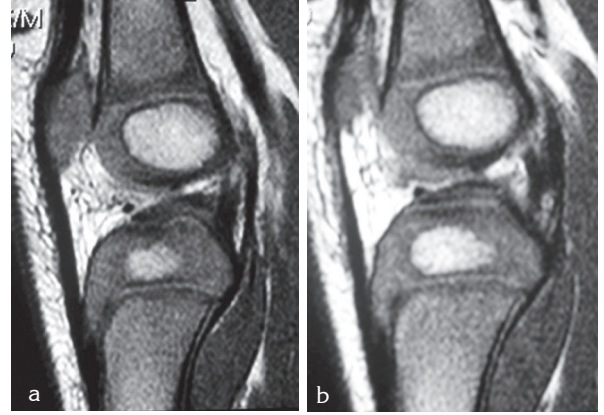
Şekil 2: Aynı alt ekstremitesinde konjenital femur kısalığı ve ayak 5. parmak aplazisi olan 2. tipte konjenital diz çıkığı vakamızın a- yenidoğan; b- 17 aylıkken çekilmiş diz lateral grafileri.

ise ön çapraz bağ hipoplazisi veya rüptürü bulgusu elde ettik. Henüz yayınlamadığımız ikinci yıl takibinde bu hastanın dizinde instabilite ve ileri derecede valgus deformitesi gelişti, ortezle korumaya alındı. Şekil 2'de bu hastanın yeni doğan ve 17 aylıkken çekilen diz yan grafileri, şekil 3'de aynı yaşlardaki klinik görünümleri, şekil 4'de ise 16 aylık iken yapılan diz MR tetkikinde ön ve arka çapraz bağları gösteren kesitleri verilmiştir.

Serimizde vurguladığımız, bu deformitenin etiyojisini aydınlatılabilmek için erken dönem MR çalışmalarının önemli olduğunu düşünüyorum. Çalışmamızın sonucunda konjenital diz çıkığının tek etiyojik faktöre bağlı olarak ortaya çıkmadığı kanaatine vardık. Bir sendromun parçası olabileceğini, uterus anomalileri ve/veya perinatal



Şekil 3: Şekil 2'de diz lateral grafileri gösterilmiş olan vakamızın a- yenidoğan; b- 17 aylık klinik görünümleri.



Şekil 4: Şekil 2 ve 3'teki vakamızın 16 aylıkken çekilmiş diz MRI tetkikinde a- Ön ve arka çapraz bağları; b- Arka çapraz bağın kesintili uzanımını gösteren kesitler. Arka çapraz bağdaki kesintili görünüm, ön çapraz bağ hipoplazisi ve rüptürünü düşündürmektedir.

komplikasyonlar nedeniyle duruş anomalisi şeklinde gelişebileceğini veya özellikle aynı ekstremitede başka deformiteler de mevcutsa yapısal bir özellik taşıyabileceğini düşünmekteyiz.

Tedavide patoloji tanınır tanınmaz alçılı tedavi başlanmalıdır. Haftada bir diz fleksiyon derecesini arttırarak uygulanacak alçılama, gerektiğinde anestezi veya sedasyon altında yapılabilir. Eşlik eden ayak anomalilerinin tedavisine aynı anda başlanabilir ancak kalça patolojileri, Ooishi ve arkadaşlarının da açıkladığı gibi⁽⁹⁾ diz yeterli fleksiyon derecesine gelmeden başarılı bir şekilde düzeltilemez. Bunda hem kalça hem de diz eklemlerini etkileyen hamstring kaslarının diz ekstansiyonda iken femur başını yukarıya ve dışa çeken gücü etken olmaktadır. Konservatif tedaviye üç ay süre ile yeterli yanıt vermeyen veya altı aylıktan büyük hastalarda ise cerrahi tedavi gerekliliği vardır. Uygulanacak cerrahinin turnike altında yapılması, diz ekleminin redüksiyonu sonrası 90 derece fleksiyon sağlanana kadar kuadrisepsin gevşetilmesi, fibröz yapışıklıkların temizlenmesi ve gerektiğinde ön eklem kapsülünün açılması önerilir. Sonrasında aynı fleksiyon derecesini koruyacak şekilde yapılan alçı, üç haftada açılarak aktif ve pasif egzersizlere başlanabilir. Hem konservatif hem de cerrahi tedavi uygulanmış hastalarda görülebilen hiperekstansiyon eğilimi ise fleksiyona izin verip ekstansiyonu kısıtlayan uzun bacak ortezinin üç-altı ay süre ile tam gün uygulanması ile giderilebilir.

Sonuç olarak konjenital diz çıkığı, etiyojisini halen tümüyle aydınlatılamamış nadir bir deformitedir. Tedavisine yeni doğan döneminde ve konservatif yöntemlerle başlanmalı, yanıt vermeyen vakalarda

beklemeden cerrahi uygulanmalıdır. Aynı tarafta eşlik eden ayak ve kalça anomalilerinin varlığında ise alt ekstremitenin normal dizilimini sağlamak için öncelikle diz eklemi redüksiyonunun ve fonksiyonel hareket açıklığının sağlanması gerektiği unutulmamalıdır.

Yazışma adresi: Dr. Nedret Okan
Medicana Çamlıca Hastanesi
Alemdağ Caddesi No:85
34764 Üsküdar – İstanbul
e-posta: nedretokan@doruk.net.tr

Kaynaklar:

1. Schonenecker, Perry L., Rich, Margaret M.: The Lower Extremity, Congenital Dislocation of the Knee. In: Pediatric Orthopaedics, Lowell and Winter's, Sixth edition, Morrissy, Raymond T., Weinstein, Stuart L. (ed.), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005, s: 1200-1206.
2. Herring, John Anthony (ed.): Disorders of the Knee, Congenital Dislocation of the Knee. In: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, Third edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 2002, s: 815-825.
3. Curtis, Burr H., Fisher, Robert L. Congenital Hyperextension with Anterior Subluxation of the Knee: Surgical Treatment and Long-term Observations. J Bone Joint Surg. (Am.) 1969; 51: 255-269.
4. Katz, M.P. The Etiology and Treatment of Congenital Dislocation of the Knee. J Bone Joint Surg. (B) 1967; 49: 112-120.
5. Ferris, B., Aichroth, P. The Treatment of Congenital Knee dislocation. Clin Orthop & Related Research 1967; 216: 135-140.
6. Haga, N., Nakamura, S., Sakaguchi, R., et all. Congenital Dislocation of the Knee Reduced Spontaneously or with Minimal Treatment. J Pediatr Orthop 1997; 17 (1): 59-62.
7. Johnson, E., Audell, R., Oppenheim, W.L. Congenital Dislocation of the Knee. J Pediatr Orthop 1987; 7 (2): 194-200.
8. Bensahel, H., Dal Monte, A., Hjelmstedt, A., et all. Congenital Dislocation of the Knee. J Pediatr Orthop 1989; 9 (2): 174-177.
9. Ooishi, T., Sugioka, Y., Matsumoto, S., Fujii, T. Congenital Dislocation of the Knee: Its Pathologic Features and Treatment. Clin Orthop & Related Research 1993; 287: 187-192.
10. Ko, Jih-Yang, Shih, Chun-Hsiung, Wenger, Dennis R. Congenital Dislocation of the Knee. J Pediatr Orthop 1999; 19 (2): 252-259.
11. Haga, Nobuhiko, Nakamura, Shigeru, Sakaguchi, Ryo, et all. Congenital Dislocation of the Knee Reduced Spontaneously or with Minimal Treatment. J Pediatr Orthop 1997; 17 (1): 59-62.
12. Gabos, Peter G., El Rassi, George, Pahys, Joshua. Knee Reconstruction Syndromes with Congenital Absence of the Anterior Cruciate Ligament. J Pediatr Orthop 2005; 25 (2): 210-214.
13. Okan, A.Nedret, Orak, M.Müfit. Accompanying Pathologies, Knee Structures and Treatment Methods in Congenital Dislocation of the Knee. J Child Orthop 2008; 2 (Suppl. 1): 25.