

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE DKÇ'NİN TARAMA PROGRAMI VE İLGİLİ FAKTÖRLER

Dr. Abdurrahman KUTLU* , Dr. Recep MEMİK* , Dr. Mahmut MUTLU* ,

Dr. Orhan BÜYÜKBEBECİ* , Dr. Ruhşen KUTLU**

* S.Ü.T.F. Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D., ** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

ÖZET

Konyadaki beş hastanede, süt çocukluğu dönemindeki (3-24 aylar arasında) 4173 çocuk muayene edilerek bir tarama programı gerçekleştirildi. Bu çalışmanın gayesi DKÇ'nin insidansını ve etyoloji ile ilgili faktörleri tesbit etmektir. 56 çocukta DKÇ teşhis edildi (insidansı %1.3). Bu gruptaki hastaların 40'i kız, 16'sı erkek idi. Kız çocuklarda 3 kat fazla sıklıkta görüldü. DKÇ tesbit edilen çocukların hiçbiri makadi olarak veya sezeryenla doğmamıştı. Teratolojik tipte DKÇ tesbit edilmedi. DKÇ ile kuduk uygulanması ve birinci derecedeki akrabalarca DKÇ görülme arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulundu.

Anahtar Kelimeler: Doğuştan kalça çıkığı, risk faktörleri, insidans.

SUMMARY

Screening Program for CDH and Related Factors in the Infantile Period

A screening program was performed at five hospital in Konya in which 4173 infants (range 3-24 months of age) were examined. The goal of this study was to detection of incidence and related factors in the etiology of CDH. 56 infants with CDH were found (The incidence was 1.3%). The condition was 3 times more common in girls than in boys (40 girls and 16 boys in this group). There was any infant with CDH who was delivered by cesarian section or breech presentation. Any teratologic CDH was detected. The relation of CDH with a definite family history and the hips were bundled in extension and adduction was found statistically significant.

Key Words: Congenital dislocation of hip, risk factors, incidence.

GİRİŞ

Doğuştan kalça çıkığı (DKÇ) ortopedik cerrahinin önemli problemlerinden biridir. Doğum öncesi ve doğum sonrası anne ve çocukla ilgili çeşitli mekanik ve fizyolojik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan kompleks bir deformitedir (1-6). Değişik ülkelerde farklı sıklıklarda görülür (7, 12). Bu farklılıkta iklim, ırk, gelenekler, muayene edenin tecrübesi, çocuğun muayene edildiği zaman gibi çeşitli faktörler rol oynar (8,11,13,14). Genel olarak doğumdan sonraki ilk günlerde çoğunluğu anstabil kalça şeklinde olduğu ve büyük kısmının bir iki hafta içinde spontan olarak iyileştiği bildirilmiştir (4,6,8,9,13). Bazı ülke ve toplumlarda ise çevresel faktörlerin etkisi ile yüksek oranlara çıktığı tesbit edilmiştir (7,15,16).

DKÇ'ği ülkemizde sık görülmektedir (17,18,19). Teşhis çoğunlukla yürüme döneminde veya daha geç olmaktadır. Halbuki DKÇ'de erken teşhis ve tedavi son derece önemlidir. Burada süt çocukluğu döneminde DKÇ'ğının görülme sıklığını ve ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışma sunulmuştur.

İlberleşme Adresi: Doç. Dr. Abdurrahman Kutlu S.Ü. Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D.

KONYA

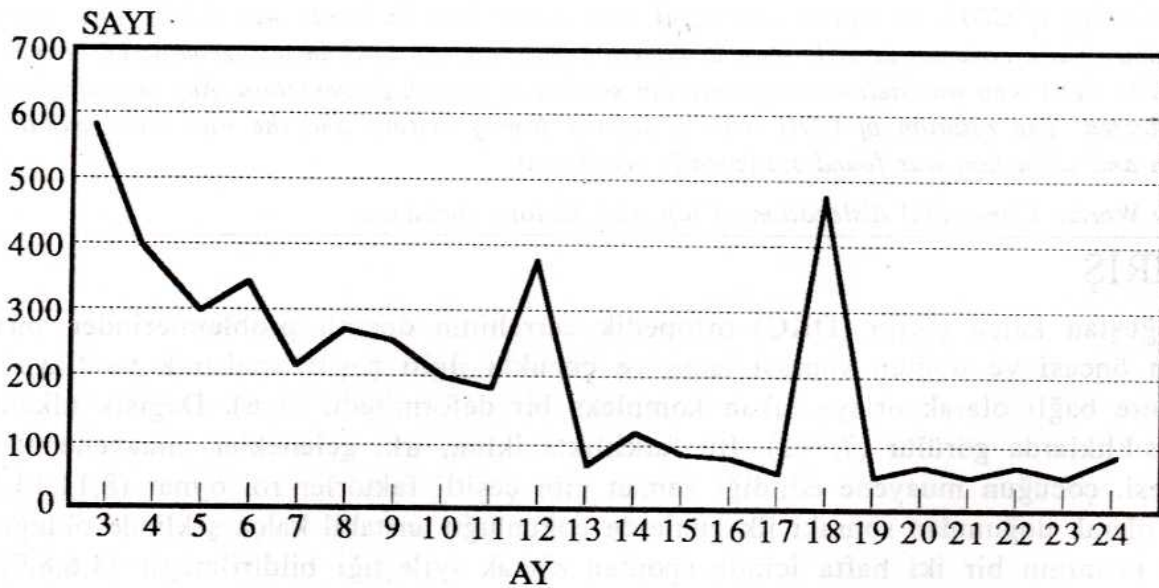
MATERYAL VE METOD

1989 ve 1990 yıllarının çeşitli aylarında Konya ili merkezinde bulunan hastanelerin (Tıp Fakültesi Hastanesi, Devlet Hastanesi, Sigorta Hastanesi, Özel Sağlık Yurdu Hastanesi) çocuk hastalıkları polikliniklerine çeşitli sebeplerle müracaat eden ve yaşları 3-24 ay arasında olan çocuklar ile Konya Doğumevi Hastanesinde 1988-1989 yıllarında doğan ve üç aydan sonra bize genel bir kontrol için getirmelerini istediğimiz ve rasgele kendi istekleri ile müracaat eden çocuklarda DKÇ araştırması yapıldı.

Çocukların yaş, cinsiyet, doğum şekli, aile hikayesi, doğum sırası, kundak uygulanıp uygulanmadığı kaydedildi. Klinik muayene işlemleri yapıldı. Şüpheli olanlardan radyoğrafi istendi. DKÇ tesbit edilenlerde taraf, çıkık şekli (disloke, sublukse, displazik asetabulum) belirlendi. Klinik muayene işlemleri kıdemli iki ortopedi araştırma görevlisi ve tücrübeli bir çocuk hastalıkları uzmanı tarafından, radyolojik değerlendirmeler tarafımızdan (A.K) yapıldı.

4231 çocuk incelendi. 403 çocuktan (%10) radyoğrafi istendi. Bunlardan 58'i (%14) film çektirmeden hastaneyi terkettiği için değerlendirmeye alınmadı. Değerlendirmeye alınan 4173 çocuktan 2268'i (%54) erkek, 1905'i (%46) kız idi. 3509 çocuk (%85) şehir içinden, 664 çocuk (%15) çevreden (ilçe, kasaba, köy) müracaat etmişti. Çocukların yaşlara göre dağılımı Şekil: 1 de gösterilmiştir. Çeşitli faktörlerle DKÇ'ği arasındaki ilişki istatistikî yönden araştırıldı.

ŞEKİL 1. TARANAN ÇOCUK SAYISININ YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI

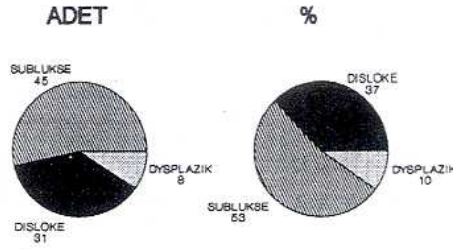


BULGULAR

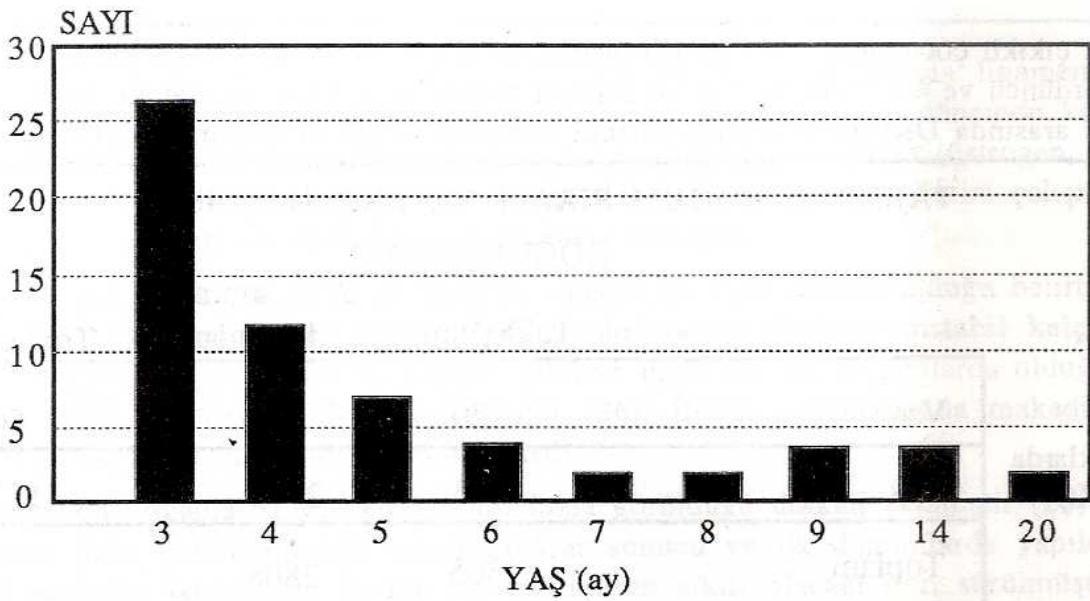
İNSİDANS VE KALÇA ÇIKIĞI ŞEKLİ:

56 çocukta DKÇ (%1.3) tesbit edildi. Bunlardan 40'ı kız, 16'sı erkek idi. Kızlarda görülme oranı (%2) erkeklerde görülme oranı (%0.7) idi. Çocukların yarısında tek taraflı, yarısında iki taraflı çıkık tesbit edildi. Tek taraflı olanların 15'inde çıkık sol kalçada idi. Kalça çıkıklarının hepsi tipik şekilde idi, teratolojik Kalça çıkığı tesbit edilmedi. Çıkık şekli ve kalça çıkıklı çocukların teşhis edildikleri yaşlara göre dağılımı Şekil: 2 ve 3 de gösterilmiştir.

ŞEKİL 2. KALÇALARDAKİ ÇIKIK ŞEKLİ



ŞEKİL 3. KALÇA ÇIKIĞI VAKALARININ YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI



DOĞUM ŞEKLİ:

Bütün çocukların içinde 120 sinin (%3) sezeryanla, 30'unun makadi gelişle (%0.7) ve geri kalan 4023 çocuğun (%96.3) baş gelişle doğdukları tesbit edildi.

AİLE HİKAYESİ:

Bütün çocukların üçünün annesinde, ikisinin babasında, 21'inin kardeşlerinde ve 64'ünün ikinci ve üçüncü derece akrabasında DKÇ olduğu öğrenildi. Birinci derece akrabalarda DKÇ sıklığı %0.6 olmaktadır.

Kalça çıkıklı çocukların ikisinin kardeşlerinde, ikisinin ikinci derece akrabasında DKÇ olduğu belirlendi. Birinci derece akrabalarda DKÇ görülmesi ile DKÇ ilişkisi istatistik olarak önemli bulunmuştur. $P < 0.01$. (Tablo: 1). İkinci derece akrabalarda DKÇ görülmesi ile DKÇ'ği arasındaki ilişki önemsiz ($P > 0.05$) tesbit edilmiştir.

DOĞUM SIRASI:

Çocukların 1365'nin (%33) annenin birinci, 1240'nın (%30) ikinci, 744'nün (%18) üçüncü, 410'nun (%10) dördüncü ve 365'nin (%9) beşinci ve sonraki doğumu olduğu belirlendi.

TABLO 1: BİRİNCİ DERECEDE AKRABALARDA DKÇ BULUNMASI İLE DKÇ İLİŞKİSİ

I. Derece Akrabalarda DKÇ

	Var	Yok	Toplam
Çocuklarda DKÇ	2	54	54
	24	4093	4117
Toplam	26	4147	4173

P<0.01

Kalça çıkıklı çocukların 20'si (%35) birinci, 17'si (%30) ikinci, 9'u (%16) üçüncü, 6'sı (%10) dördüncü ve 4'ü (%7) beşinci ve sonraki doğumlardı. İlk doğumlar ile iki ve sonraki doğumlar arasında DKÇ'ği ilişkisinin önemli olmadığı tesbit edilmiştir. p>0.05. Tablo: 2

TABLO 2: DOĞUM SIRASI VE DKÇ İLİŞKİSİ

DOĞUM SIRASI

	1. Doğum	2. ve sonraki doğumlar	Toplam
Çocuklarda DKÇ	20	36	56
	1345	2772	4117
Toplam	1365	2808	

P>0.05

KUNDAK UYGULAMASI VE DKÇ İLİŞKİSİ

3640 çocuğa (%88) en az üç gün kundak uygulandığı, geri kalanlara uygulanmadığı tesbit edildi.

DKÇ tesbit edilen 56 çocuktan 55'ne ortalama 45.3 gün (3 gün 9 ay arası) kundak uygulandığı tesbit edilmiştir. Kundak uygulanması ile DKÇ arasındaki ilişkinin önemli olduğu tesbit edilmiştir. P<0.05. Tablo:3

TABLO 3: KUNDAK UYGULAMASI VE DKÇ İLİŞKİSİ

KUNDAK

	Uygulanan	Uygulanmayan	Toplam
Çocuklarda DKÇ	55	1	56
	3585	532	4117
Toplam	3640	533	4173

P<0.05

TARTIŞMA

Yeni doğanda kalça çıkığının görülme sıklığı literatürde çok farklı olarak belirtilmiştir (7-12). Bu farklılıkta coğrafi durum, iklim, ırk, genetik faktörler, kültürel alışkanlıklar gibi özelliklerin yanında çocuğun muayene edildiği zaman, muayene edenin tecrübesi önemli rol oynamaktadır (8,11,13,14). Evde doğumların yaygın olduğu ülkemizde, yeni doğanda kalça çıkığı sıklığını sağlıklı olarak belirlemek çok güçtür (20). Değişik hastanelerde yapılan çalışmalarda da çeşitli güçlüklerden bahsedilmiştir (20,21,28). Bununla beraber bu çalışmaların ışığında ülkemizde, yeni doğanda kalça çıkığı sıklığı %0.5-%1 civarında olduğu tahmin edilmektedir (20,21,22,23,28).

Çalışmamız, çocukta kalça çıkığı patolojisinin kesinleştiği, klinik ve radyolojik olarak kesin teşhis konabilecek bir dönemde yapılmıştır. Bu bakımdan tesbit edilen kalça çıkığı sıklığının (%1.3) incelenen yaş grubu için güvenilir olduğunu tahmin ediyoruz. Bunun yanında klinik olarak şüphelenilen fakat radyoğrafi çektirmeyen 58 vaka değerlendirmeye alınmamış olsada kalça çıkığı sıklığını etkileyeceğini, gerçek sıklık değerinin biraz daha yüksek çıkabileceğini tahmin etmekteyiz.

DKÇ'nin kızlarda daha fazla olduğu bilinen bir husustur. Pelvis ligamentlerinde gevşemeyi sağlayan ve bunun doğum öncesi ve erken yeni doğan dönemde kapsül ve ligamentler de geçici gevşeme ortaya çıkaran maternal hormonlardan (östrojen, relaxin) kızların daha fazla etkilenmesine bağlı olduğu ileri sürülmüştür (4). Bizim çalışmamızda kızlarda görülme oranı erkeklere göre üç kat fazla olmuştur.

Makadi gelişle doğum şeklinin DKÇ'de önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (27,29). Artz ve arkadaşları makadi gelişle doğanların %59'da anstabil kalça tesbit etmişlerdir (26). Diğer yandan bu doğum şeklinin daha çok ilk doğumlarda olduğu ve bu özelliğin etkili olabileceği ileri sürülmüştür (26). Bizim çalışmamızda makadi gelişle doğanlarda hiç kalça çıkığı tesbit edilmemiştir.

Sezeryanla doğanlarda kalça çıkığının fazla görüldüğü dikkati çekmiştir (26). Ancak sezeryanın daha çok fetopelvik uyumsuzluklar sonucu ve ilk doğumlarda yapıldığı, bu sebeple sezeryan işleminden ziyade bu özelliklerin etkili olacağı ileri sürülmüştür (26). Bizim çalışmamızda sezeryanla doğanların hiç birinde kalça çıkığı tesbit edilmemiştir.

Genetik faktörlerin kalça çıkığında önemli rol oynadığı ve bunun iki gen sistemi ile ilgili olduğu gösterilmiştir (24,27). DKÇ'li çocukların birinci derecede akrabalarında kalça çıkığı görülme sıklığını değişik çalışmalarda farklı tesbit edilmiştir. Kardeşlerde görülme sıklığını Carter ve Wilkinson (27) %5.7, Wynne-Davies (25) %12 olarak belirtmiştir. Anne ve babadaki sıklığı Wynne-Davies (24) %0.8 olarak belirtmiştir. Bizim çalışmamızda kardeşlerde görülme oranı %3.5 olarak belirlenmiş, anne ve babada hiç tesbit edilmemiştir. Ailenin verdiği hikayeye dayanarak tesbit edilen bu oranların radyolojik tetkikle yapılacak çalışmalarda daha yüksek çıkacağı belirtilmiştir. Özdemir'in radyolojik tetkikle yaptığı çalışmada kardeşlerde %16, anne ve babada %5 olarak tesbit edilmiştir (23). Araştırmamızda DKÇ'li çocuklar ile bunların birinci derecedeki akrabalarında DKÇ görülmesi arasındaki ilişkinin istatistiki olarak önemli olduğu anlaşılmıştır $P < 0.01$. Radyolojik tetkiklerle yapılacak araştırma ile görülme sıklığının daha yüksek değerlerde olacağını tahmin ediyoruz.

Birçok araştırmacı DKÇ'nin doğumdan sonraki birkaç gün içinde yüksek oranlarda ve çoğunluğunun anstabil (gevşek, çıkabilir) kalça şeklinde olduğunu ve birkaç hafta içinde büyük kısmının spontan redükte olarak iyileştiğini belirtmişlerdir (4,6,8,9,11,13). Coğrafi ve kültürel özellikler kalça çıkığı gelişiminde önemli rol oynamaktadır (16).

Bacakların adduksiyon ve ekstansiyonda tesbiti şeklinde olan kundak uygulaması ile çıkık gelişimi kolaylaştırılmaktadır (12,16,17). Salter (16), Sijbrandji (30), Michelsson (31) hayvan deneylerinde kalçaların adduksiyon ve ekstansiyonda tesbiti ile kalçada subluksasyon ve dislokasyon meydana geldiğini göstermişlerdir.

DKÇ'nin yeni doğan da %0.1 sıklıkta görüldüğü Japon toplumunda daha sonraki dönemlerde %5.6 gibi yüksek değerlere çıktığı tesbit edilmiştir (7). Bu artışta gelenek halinde olan kundak uygulamasının etkili olduğu, kundağın engellenmesi ve sadece arabezi kullanıp pantolon giydirilmesi ile görülme sıklığında son derece önemli gerilemeler kaydedilmiştir (15).

Araştırmamızda toplam çocukların %88 de ve kalça çıkığı tesbit edilen 56 çocuğun 55 de kundak uygulandığı tesbit edildi. Kundak ile DKÇ arasındaki ilişkinin istatistiki olarak önemli olduğu anlaşılmıştır ($P<0.05$).

Bayındır ve Tanış üç aydan büyük çocuklarda DKÇ sıklığını %1.4 olarak tesbit etmişler ve kundak uygulamasına dikkat çekmişlerdir (18). Buradaki değer ile çalışmamızda tesbit ettiğimiz sıklık oranı (%1.3) birbirine yakındır. Aradan geçen yirmiyıl gibi bir zaman içerisinde, ülkemizde DKÇ'nin koruyucu hekimlik ve erken teşhis işlemleri yönünden önemli bir ilerleme olmadığı görülmektedir. Çalışmamızda kalça çıkıklı çocukların çoğunluğunun 3-6 aylık dönemlerde olması sevindiricidir. Geç aylardaki azalma, çocukların erken dönemde tedavi edilerek geç aylara kalmaması ve bazılarının da kundak uygulamasına son verildikten sonra spontan iyileşmeleri ile izah edilebilir.

Taranan grubun %85'nin şehir merkezinden, Sağlık hizmetlerinden iyi yararlanabilen kesim olduğunu göz önünde tutarak kırsal kesimde aynı yaş grubunda kalça çıkığının daha fazla olacağını tahmin ediyoruz.

KAYNAKLAR

1. Dunn PM. Perinatal observation of the etiology of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop 1976; 119: 11-22.
2. Fredensborg N. The results of early treatment of typical congenital dislocation of the hip in Malmö. J Bone Joint Surg 1976; 58-B: 272-278.
3. Thieme WT, Wynne-Davies R, Blair H, et al. Clinical examination and urinary oestrogen assays in newborn children with congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1968; 50-B: 546-550.
4. Wilkinson JA. Prime factors in the etiology of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1963; 45-B: 268-283.
5. Hensinger RN. Congenital dislocation of the hip. Orthop Clin North Am 1987; 4: 597-616.
6. Ortoloni M. Congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis. Clin Orthop 1976; 119: 6-10.
7. Naito K. Congenital dislocation of the hip. J Jap Orthop Assoc 1958; 13: 1086-1092.
8. Mitchel GP. Problems in the early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1972; 54-B: 18-39.
10. Von Rosen S. Further experience with congenital dislocation of the hip in the newborn. J Bone Joint Surg 1968; 50-B: 538-541.
11. Stanisavljevic S. Etiology of congenital hip pathology. In: Tachdjian MO (ed). Congenital dislocation of the hip. New-York, Churchill Livingstone, 1982: 27-33.

12. Coleman SS. Diagnosis of congenital dysplasia of the hip in the newborn infant. Clin Orthop 1989; 247: 3-12.
13. Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1962; 44-B: 292-301.
14. Williamson J. Difficulties of early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip in Northern Ireland. J Bone Joint Surg 1972; 54-B: 13-17.
15. Ishiada K. Prevention of the development of the typical dislocation of the hip. Clin Orthop 1977; 126: 167-169.
16. Salter RB. Role of innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip in the older child. J Bone Joint Surg 1966; 48-A: 1413-1439.
17. Bayındır Ş, Özdemir N. 1961-1968 Yıllarında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi bölümüne gelen Doğuştan Kalça Çıkığı vakaları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1969; 3: 191-198.
18. Bayındır Ş, Tamış Z. Baş batın filimlerinde tesadüfen karşılaşılan doğuştan kalça çıkığı ve diğer kalça patolojileri. Hacettepe Tıp/Cerrahi Bül 1970; 3: 220-226.
19. Kutlu A, Güçlü M, Yıldırım E, Reis N An important congenital deformity in our country: Congenital dislocation of the hip. Mediterranean surgical meeting. 1987; 42-43.
20. Tümer Y Doğuştan Kalça çıkığı. Türkiye klinikleri 1982; 2: 1, 78-82.
21. Lök V, Sebik A 1485 Yenidoğan çocukta kalça muayenesinin sonuçları. 3. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre kitabı 1973; 140-150.
22. Say B. Türk Halkında çeşitli konjenital malformasyonların görülme sıklığı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 1971; 12: 87-95.
23. Özdemir N. Doğuştan kalça çıkığında genetik bir araştırma. 5. Mili Türk Ortopedi Kongre kitabı 1977: 55-63.
24. Wynne-Davies R. Acetabular dysplasia and familial joint laxity: Two etiological factors in congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg 1970; 52-B: 704-716.
25. Wynne-Davies R. A family study of neonatal and late diagnosis congenital dislocation of the hip. J Medic Genet 1970: 315-322.
26. Artz TD, Levine DB, Lim WNL, Salvati EA, Wilson JR PD. Neonatal diagnosis, treatment and related factors of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop 1975; 110: 112-136.
27. Carter CO, Wilkinson JA. Genetic and environmental factors in the etiology of congenital dislocation of the hip. Clin Orthop 1964; 33: 119-128.
28. Ege R, Tümer Y, Mergen E. Doğuştan sakatlıkların araştırılması erken teşhis ve tedavisi. 1983; Emel Matbaacılık Sanayii.
29. Wilkinson JA. A post-natal survey for congenital displacement of the hip. J Bone Joint Surg 1972; 54-B: 40-49.
30. Sijbrandji, S. Dislocation of the hip in young rats produced experimentally by prolonged extension. J Bone Joint Surg 1965; 47-B: 792-798.
31. Michelsson JE, Longenskiöld A. Dislocation or subluxation of the hip. J Bone Joint Surg 1972; 54-A: 1177-1186.