

Topallayan çocuk

Limping child

Mert Özcan¹, Cem Çopuroğlu¹

Özet

Topallama, normal yürüyüşten sapma olarak tanımlanabilir. Topallayan çocukta genellikle, normal yürüyüşü bozan organik bir patoloji vardır. Hekim için en önemli problem, gerçek nedeni bulmak ve ona göre hareket etmektir. Bu yazının amacı topallayan çocuğa yaklaşımı özetlemek, algoritma belirlemek ve tedaviyi yönlendirmektir.

Anahtar sözcükler: Topallayan çocuk, algoritma, yaklaşım, değerlendirme.

Summary

Limping is described as a deviation from normal gait pattern. Usually there is an organic reason which causes limping. The most important problem for physicians is to find the exact reason of limping and treat the pathology. In this study, we aimed to review the approach to the limping child and to determine an algorithm for planning the correct treatment.

Key words: Limping child, algorithm, approach, evaluation.

Topallama, çocuğun yaşına göre normal yürüyüşünden sapması olarak tanımlanabilir.¹ Topallamanın en yaygın nedeni travma olmakla beraber, diğer nedenler de akıldan çıkarılmamalıdır.² Ağrı, güçsüzlük ve deformite (pelvis, vertebra ve alt ekstremitelerin yapısal bozuklukları) topallamaya yol açabilir.³⁻⁶

Atravmatik topallama insidansının %1.8 olduğu tahmin edilmektedir.⁷ Topallayan çocuk, pratisyen hekime, acil servise, aile hekimine, çocuk hastalıkları ya da ortopedi uzmanına başvurabilir.⁶

Topallama ciddi bir bulgudur.⁶ Çocuk, çoğunlukla ağrı nedeni ile topallar ve hemen hemen her zaman organik bir neden söz konusudur.¹ Neden, hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıktan, ayağa vuran dar bir ayakkabıya uzanan bir çeşitlilik gösterir.⁸

Topallayan çocuğun tanısı güçlüklerle doludur, ayırıcı tanıda birçok nedenin dışlanması gerekir.^{2,8,9}

Ayırıcı tanı yelpazesi, çocuğun yaşını ve topallama şeklini değerlendirerek daraltılabilir. Birçok vakanın tanısı, hikaye ve fizik muayene ile konabilir. Gerektiğinde, direkt radyografiler tanıya yardımcı olur. Diğer tanı testlerine sadece endikasyon olduğunda başvurulmalıdır.²

Bazı hastalıklar, bazı yaş gruplarında daha sık görülür, ayırıcı tanıda bu durum göz önüne alınmalıdır. En sık görülen nedenler travma ve enfeksiyon olduğundan ayırıcı tanıda öncelikle dışlanmaları gerekir.⁸

Normal Yürümenin Gelişimi

Yaşa göre yürüme aşamalarının bilinmesi, gelişimin izlenmesi için gereklidir. Hayatın ilk üç yılında çocuğun yürüyüşü erişkinin yürüyüşünden farklıdır. Çocuk, genellikle, yetişkinden daha sık adımlarla (dakikadaki adım sayısı) fakat daha yavaş yürür (dakikada alınan yol). Yeni yürümeye başlayan çocuk, ağırlık merkezini alçaltmak ve

¹⁾ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Edirne

dengeğini artırmak için diz, kalça ve ayak bileklerini daha fazla bükür.¹⁰ Birçok çocuk 10-12. ayda cisimlere tutunarak, 12-18. ay arasında da desteksiz yürür. Yetişkin yürüme tarzına 3 yaşından önce ulaşamaz (Tablo 1).⁶

Anormal Yürüyüş Şekilleri ve Patofizyoloji

Çocuğun topallamasında 3 ana faktör rol oynar:

- Ağrı,
- Güçsüzlük
- Vertebra, pelvis ve alt ekstremitelerin yapısal/biomekanik anomalileri.²

Normal yürüyüş, yinelenen simetrik ritmik hareketlerden oluşur; başlıca iki fazı vardır: Duruş ve salınım fazı. Duruş fazı normal yürüme döngüsünün %60'ını kapsar; asıl yüklenme bu sırada oluşur. Topallama tipinin belirlenmesi etiyojinin anlaşılmasına yardım eder.²

Antalgik yürüyüş; bir ekstremitedeki ağrıdan kaynaklanır. O ekstremitte üzerindeki duruş fazı kısalmış, salınım fazı uzar. En sık görülen sebebi travma ve enfeksiyondur.^{2,6}

Trendelenburg yürüyüşünde; karşı tarafın gluteus medius kası zayıftır, salınım fazında etkilenen tarafta pelvik tilt görülür. Bu yürüyüş daha çok gelişimsel kalça displazisi (GKD), Perthes hastalığı ve femur başı epifiz kaymasında görülür. İki taraflı ise ördekvari yürüyüş gözlemlenir.^{6,10}

Ataksik yürüyüş; medulla spinalisin arka boynuzunu tutan hastalıklarda görülen sarhoşvari yürüyüştür.¹¹

Makaslama yürüyüş ise; abdükör kas gruplarının spastik felçteki spazmı ya da koksartrozdaki kontraktürü sonucu ortaya çıkar.¹¹

Tablo 1. Yürümenin gelişimsel evreleri

10-12 ay	Cisimlere tutunarak sıralama
12-14 ay	Kısa mesafe yürüme, desteksiz ayakta durabilme
17-21 ay	Merdiven çıkabilecek kadar tek ayak üzerinde durabilme
2.5-3 yıl	Bir ayağı üzerinde 1 saniyeden fazla dengede durabilme
3 yıl	Normal yürümeye geçebilecek kadar denge sağlanmıştır. Ayaklar dengeyi sağlayabilmek için omuz genişliği kadar açıktır ve dışa dönmüştür.

Stepajda; peroneal sinirin felci, ayak bileği ve parmaklarının dorsifleksiyonunu engeller. Duruş fazının ilk aşamasında parmak uçları yere topuktan önce değeri. Oluşan zahiri uzunluğun telafisi için diz aşırı fleksiyon yapar.^{11,12}

Oraklama yürüyüş; aktif diz ve kalça fleksiyonu yapamayan spastik hemiplejide, tutulan taraf pelvisininin aşırı yukarı kaldırılması ve ekstremitesinin kalçadan ileri doğru fırlatılmasıyla oluşur.¹¹

El diz yürüyüşü; kuadriseps kası paralizisinde görülür: Diz, aktif ekstansiyon yapamaz; hasta, duruş fazında, dizini, eli ile önden arkaya doğru destekleyerek yürür.^{11,12}

Kısalık yürüyüşü; bacakların aynı uzunlukta olmamasından kaynaklanır: Bir bacak diğerinden 3 cm kısa ise hasta, pelvik tilt ile, kısalık 3-5 cm arası ise, ayağını ekizime getirerek, kısalık 5 cm'yi aşıyorsa, sağlam dizini fleksiyona getirerek yürür.^{11,13}

Lordotik yürüyüş; müsküler distrofi gibi proksimal kas güçsüzlüklerinde, çocuk, gövdesini hiperekstansiyona getiririp, ağırlık merkezini kalça eklemine arkasına taşıyarak dengeğini bulmaya çalışır.⁶

Klinik Değerlendirme

Topallayan çocuğun değerlendirmesindeki en önemli basamak fizik muayene ve hikayedir. Bu yolla ayırıcı tanıda yer alan birçok hastalık dışlanmış olur.²

Hikaye

Topallayan çocukta hikayenin hedefi, topallamanın nedenini ve yerini saptayarak, acil tedaviye gerek olup olmadığını belirlemektir. Hastanın yaşı önemlidir; zira, bazı hastalıklar yaşa özgüdür (Tablo 2).¹⁴ Yeni geçirilmiş bir enfeksiyon, septik artrit ve osteomyelitin araştırılmasını gerektirebilir. Travma sorgulanmalı, topallamanın ne zaman başladığı ve seyri öğrenilmelidir.⁶ Hikâyede cevap aranacak sorular Tablo 3'de özetlenmiştir.

Çocuğun Yaşı

Travma ve enfeksiyon her yaşta görülebilir; bazı özel hastalıklar ise belli yaş gruplarında daha siktir. İlk 3 yaşta, gelişimsel kalça displazisi (GKD), 4-10 yaş arasında toksik sinovit, Perthes hastalığı sık görülür. Ergenlik döneminde femur başı epifizinin kayması ve aşırı kullanma sendromları sıklıkla görülür.²

Cinsiyet

GKD kızlarda erkeklerden 8-10 kat daha siktir.² Pert-hes hastalığı erkeklerde kızlardan 4-5 kat, femur başı epifi-zi kayması ise, erkeklerde kızlardan 1.5-2 kat daha sık görülür.²

Topallamanın Süresi

Ani başlayan topallama travma ve enfeksiyonu, ilerle-yici topallama ise nöromüsküler hastalıkları düşündürür.²

Eşlik Eden Belirtiler

Topallama ağrılı ise, ağrının yeri tam olarak belirlen-melidir. Kırık, çıkık, septik artrit, osteomyelit ağrıları şid-detli ve sürekli. Yayılan ağrının çocuklarda çok nadir olmadığı unutulmalıdır. Ağrı lokalize edilemiyorsa yansı-yan ağrı düşünülmelidir. İki taraflı ağrıda miyozitten şüp-helenilir. Hikaye ile uyuşmayan aşırı ağrı refleks sempatik distrofiyi düşündürür.² Ağrısız topallama uzunluk farkını, GKD ve nöromüsküler hastalıkları akla getirir.¹⁵ Ateş, en-feksiyon ve romatolojik hastalıkları düşündürür. Juvenil romatoid artrit (JRA) tekrarlayan ateş, döküntü ve ek-lem ağrıları vardır. Tümör düşünülen hastalarda hafif ate-şe kilo kaybı ve halsizlik eşlik edebilir.²

Şikayetleri Arttıran veya Azaltan Faktörler

Sabah sertliği ve sabah daha şiddetli olan topallama JRA'yı düşündürür. Aktivite ile artan ağrı yumuşak doku yaralanması, stres kırığı ve aşırı kullanma sendromunu ak-la getirir. Osteoid osteom ağrısı aspirin ile geçer. Gece ağ-rısı tümörü düşündürmelidir.²

Geçmiş Sağlık Durumu

JRA, lösemi gibi belirgin hastalıklar sorgulanmalıdır.²

Aile Öyküsü

Hemofili ya da orak hücreli anemi öyküsü olanlar bu yönden araştırılmalıdır.²

Fizik Muayene

Genel Muayene

Çocuğun boyu, kilosu, vücut ısısı ve vital bulguları değerlendirilmelidir. Gelişim geriliği kronik hastalıklara işaret eder. Ateş yüksekliği enfeksiyona yöneltir. Çocu-ğun ayağı ve ayakbaları incelenmeli, yabancı cisimler,

Tablo 2. Yaşlara göre en sık topallama nedenleri

Yaş	Nedenler
1-5 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Travma • Geçici sinovit (toksik sinovit) • Osteomyelit veya septik artrit • Gelişimsel kalça displazisi • JRA
5-10 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Travma • Geçici sinovit • Osteomyelit veya septik artrit • Legg-Calvé-Perthes hastalığı
10-15 yaş	<ul style="list-style-type: none"> • Travma • Osteomyelit veya septik artrit • Femur başı epifiz ayrışması • Kondromalasi • Neoplastik hastalıklar

Tablo 3. Hikaye alırken sorulması gereken sorular

Topallamanın başlangıcı ve ilerlemesi
Yeni geçirilmiş bir travma. Farkına varılmamış bir travma var mı?
Eşlik eden ağrı ve karakteri
Eşlik eden güçsüzlük
Gün içinde topallamanın kötüleştiği zamanlar
Çocuk yürüyebiliyor mu, ayağına ağırlık verebiliyor mu?
Normal aktiviteler sırasında topallama geçiyor mu?
Ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi sistemik belirtiler var mı?
Tıbbi öykü: İntrauterin dönem, doğum, aşılama takvimi, beslenme ve gelişim öyküsü
İlaç öyküsü, alerji ve aile öyküsü

nasır (callus) varsa belirlenmelidir. Patolojinin yeri belir-lenememişse, kalça muayenesi büyük önem taşır: Kalça patolojilerinde ağrı genellikle noktasal değildir ve acil te-davi gerektirir.⁸

Kas-İskelet Sistemi

Yürüme şekli, ayırıcı tanıya en fazla yardımcı olan bulgudur. Çocuk baştan aşağı soyulur, ayakkabıları çıkarılır; cilt rengi, ısı artışı, hassasiyet, eklem gevşekliliği, eklem hareket açıklıklarına bakılır, asimetri aranır. Her iki alt ekstremitte ölçülerek uzunluk farklılığı değerlendirilir. Kemikte noktasal hassasiyet, kırık ve osteomyeliti akla getirir. Tuberositas tibia'nın hassasiyeti Osgood-Schlatter hastalığını düşündürür. Kas atrofisi nöromusküler hastalıkları, eklem gevşekliliği selim hipermobilité sendromunu düşündürür. Sert ve hassas sırt bölgesi diskiti akla getirir.

Nörolojik Muayene

Duyusal, motor sinirler ve derin tendon refleksleri değerlendirilir. Hiperrefleksi ve spastisite serebral palsiyi düşündürür.

Tanısal Çalışmalar

Tanısal çalışmalar sadece hikaye ve fizik muayene sonrasında ihtiyaç duyulursa istenmelidir.²

Kan Testleri

Enfeksiyondan şüpheleniyorsa kan testleri istenir. Ateşi olan çocukta tam kan sayımı (TKS), C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) ve kan kültürleri istenir. CRP, (ilk 6 saatte) ESR'den (24-48 saat) daha hızlı yükselir, bu nedenle enfeksiyon için daha özgündür. Akyuvar sayımı kemik ve eklem enfeksiyonu için özgün ve duyarlı değildir.⁶ Osteomyelitli hastaların sadece %25-31'inde yükselir.^{16,17} Septik artrit ve osteomyelitte kan kültürlerinin %50'si pozitifdir.¹⁰

Anemi, altta yatan kronik bir hastalığa işaret edebilir. Lösemi gibi kan hastalıklarında, TKS ile tanıya yaklaşılabılır.⁶

Romatoid faktör (RF), anti-nükleer antikor (ANA), serum immünoglobülinleri ve HLA-B27'nin topallayan çocuğun değerlendirilmesinde yeri yoktur.¹⁸ İlk aşamada istenmeyen bu testler, ilerleyen dönemde çocuk bir pediatrik romatoloji uzmanına sevk edilirse istenebilir.⁶

Birçok durumda kan testleri bizi doğrudan tanıya götürmez, diğer bulgularla beraber değerlendirilir. Ateş ve artmış ESR, ağrılı eklem muayenesi ile birlikte ise enfeksiyon kesin gibidir.

Eklem muayenesi ağrılı, ateş yok ve ESR normal ise problem ortopediktir. Eklem muayenesi ağrısız, enfeksiyonun laboratuvar parametreleri (ESR, CRP, lökosit) normal ise enfeksiyondan uzaklaşılır.⁶

Eklem Aspirasyonu

Septik artrit şüphelenildiğinde yapılır. Sıvı; gram boyamasına, mikroskopik incelemeye ve kültüre yolların. Eğer klinik tanı septik artrit ise, eklem ponksiyonu yapılmadan artrotomi ve eklem drenajı uygulanabilir.⁶

Radyografi

Direkt radyografi, kırık, çıkık, efüzyon, litik lezyon, periost reaksiyonu ve avasküler nekroz için genellikle iyi bir tanı aracıdır. İki yönlü, eklem bölgesini de içeren grafiler çoğunlukla tanı için yeterli olur.^{2,19}

Tüm ekstremitayı tarayıcı grafiler yerine tanıya yönelik lokalize ve iki yönlü grafiler istenmelidir. Kaymamış bir kırık veya bir epifiz yaralanması ilk saatlerde/günlerde çekilen grafilerde görülmeyebilir. Bu yaralanmalar kemik rezorpsiyonu gelişmeden veya iyileşme dokusu oluşmadan direkt grafi ile saptanamayabilir. Oudjhane ve arkadaşları,²⁰ akut topallaması olan 5 yaş altı çocukların %20'sinde gözden kaçmış kırıklar saptadılar. Direkt grafiler, kemik ve eklem enfeksiyonlarının ilk aşamasında da normal olabilir.¹⁹ Periost yükselmesinin ya da eklem efüzyonunun daha sonra belirgin hale gelebileceği unutulmamalıdır.¹⁰ Direkt grafide bulgu vermeyen bir kırıktan şüpheleniliyorsa, manyetik rezonans görüntülemesi (MRI) ile tanı konabilir.

Sintigrafi; kırık, osteomyelit, diskite, avasküler nekroz, kemik infarktı ve tümörlerinin belirlenmesinde daha duyarlıdır. Sintigrafi problemin yerinin belirlenmesinde de yararlıdır. Neoplastik hastalık, enfeksiyon, travma ya da avasküler nekrozun oluşturduğu artmış ya da azalmış metabolik aktiviteyi gösterir. Oldukça duyarlıdır, ama özgün değildir.^{19,21}

Ultrasonografi; eklem efüzyonu ve abseyi iyi değerlendirir.²

Bilgisayarlı tomografi; kortikal kemiği iyi gösterir. MRI ise diskite veya spinal tümörlerin belirlenmesinde ve yumuşak doku patolojilerinin tanısında üstündür.²

Tanıya yönelik radyolojik tetkikler **Tablo 4**'te özetlenmiştir.

Tablo 4. Radyolojik tetkikler

Direkt Radyografi	Travma
	Tümör
	Geç dönem osteomyelit veya septik artrit
	Geç dönem Perthes hastalığı
	Femur başı epifiz ayrışması
Sintigrafi	Perthes hastalığı
	Osteomyelit
	Tümör
Ultrasonografi	Eklemler efüzyonu
MRI	Perthes hastalığı
	Yumuşak doku enfeksiyonu
	Yumuşak doku tümörü
	Diskit
	JRA
BT	Tarsal koalisyon
	Osteoid osteoma
	Spondilolistezis
	Spondilolizis

Etiyoloji ve Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanı Tablo 5'te özetlenmiştir.

Travma

Çocuklarda akut topallamanın en sık sebebi travmadır. Küçük çocukta kırık, bağ ve kas yaralanmasına göre daha sık görülen bir topallama nedenidir. Yaralanmanın derecesi ve doğası verilen hikâyeye uymuyorsa çocuk istismarı mutlaka akla gelmelidir.^{2,22}

Yeni yürümeye başlayan çocuklarda, tibiada tam kırık yerine eğilme bükülme tarzında kırıklar; (toddlers kırığı) görülebilir (Resim 1). Kaymamış tibia cisim kırıkları oldukça sıktır.²³

12-24. aylar arasında fizyolojik eğilme görülebilir. Bu durumu travmatik eğilme, raşitizm ve Blount hastalığından (Resim 2) ayırt edilmelidir.¹⁰

10 yaşından büyük çocukta, en sık topallama nedeni ayak bileği burkulmasıdır. Birer aşırı kullanma sendromu

Tablo 5. Ayırıcı tanı

Travma	Kırık
	Kontüzyon veya burkulma
	Yabancı cisim, ayakkabı vurması
	Disk hernisi
Enfeksiyon hastalıkları	Osteomyelit
	Septik artrit
	Viral artrit
	Lyme hastalığı, mikobakteri artrit
	Polio, Guillian-Barré sendromu
	Apandisit
Enflamatuvar hastalıklar	Psoas absesi
	Toksik sinovit
	JRA
	Ankilozan spondilit
Ortopedik hastalıklar	Diskit
	Legg-Calvé-Perthes
Dejeneratif hastalıklar	Femur başı epifiz kayması
	Kondromalazi, osteokondritis dissekans
	Nöromusküler hastalıklar
Konjenital hastalıklar	Kalça displazisi
	Uzunluk farkı
	Torsiyon deformiteleri
	Hemofili, orak hücreli anemi
Metabolik hastalıklar	Raşitizm
	Hiperparatiroidi
Neoplastik hastalıklar	
Konversiyon reaksiyonları	

olan stres kırığı, Osgood-Schlatter hastalığı, Sever hastalığı (Resim 3) ve kondromalazi patella okul çağında sık görülür.²

Ortopedik-Mekanik Sebepler

Legg-Calvé-Perthes hastalığı

Legg-Calvé-Perthes hastalığı (Resim 4) ya da femur başının avasküler nekrozu, 4-8 yaş arasında görülür. Er-

kek-kız oranı 5:1'dir.² Perthes hastalığında; kalça hareketleri, özellikle içe rotasyon ve abduksiyon kısıtlı ve ağrılıdır, ön kapsül üzerinde ağrı vardır. Femur başı çökmüş, eklem yüzeyi düzensizleşmiştir. Kesin tanı, sintigrafi ya da MRI ile konur.¹⁰

Femur başı epifiz kayması

Femur başı epifizi, femur boynundan epifiz plağı seviyesine kaymıştır (Resim 5). Tipik olarak ergenlik çağındaki şişman çocukta görülür. Kalçada ya da aynı taraftaki dizin iç yanında ağrı olur. En sık görülen bulgu topallamadır.² Travma öyküsü olmayabilir. Epifiz kayması, hastaların %25'inde iki taraflıdır. Ağrı hareket ile artar.



Resim 1. Toddler (yeni yürümeye başlayan) kırığı (Oklar kırık çizgisini göstermektedir).

En kısa sürede cerrahi redüksiyon ve stabilizasyon yapılmalıdır.¹⁰

Slim hipermobilité sendromu

Topallamaya yol açan, gece görülen ekstremité ağrısıdır. Eklemlerin hipermobilitesi ve gevşekliğı kontrol edilerek tanı konulabilir.²

Kondromalasi patella

Ergenlik çağında sık görülür. Diz kapağı kırırdağı üzerinde alt diziliminin bozukluğı sonucu makaslama kuvvetlerinin etkisiyle oluşur. Ağrı patella arkasındadır ve merdiven inip çıkarken artar.²



Resim 2. Raşitizm ve Blount hastalığında röntgen görüntüleri.



Resim 3. Avasküler nekroz. Tuberositas tibia apofizinin avasküler nekrozu (Osgood-Schlatter hastalığı) solda, kalkaneus apofizinin avasküler nekrozu (Sever hastalığı) sağda görülmektedir.



Resim 4. Legg-Calve-Perthes hastalığı (femur başı avasküler nekrozu).

Gelişimsel kalça displazisi

Makat gelişimiyle doğumda sık görülür (Resim 6). Kız/erkek oranı 8:1'dir. Yenidoğanlardaki dikkatli taramaya rağmen, bazı vakalara ancak çocuk yürümeye başladıktan sonra tanı konabilir. Çocukta Trendelenburg yürüyüşü, kalçada abduksiyon kısıtlılığı ve kısalık görülür. İki taraflı vakalarda ördekvari yürüyüş tipiktir.^{2,22}

Enfeksiyonlar

Toksik Sinovit (Geçici Sinovit)

Sinoviyal zarın enflamasyonu ve hipertrofisi ile oluşan ve kendi kendine iyileşen selim bir hastalıktır.¹⁰ Viral sinovit ya da post-viral reaktif artrite bağlı olduğu düşünülmektedir.² Genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonunu izler.¹⁰ 3-10 yaş arasında, topallamanın en sık görülen sebebidir. Etkilenen kalça fleksiyon, abduksiyon ve dış rotasyonda tutulur, nadiren iki taraflıdır. İstirahat ve ilaç tedavisi ile kendiliğinden geriler.² TKS ve ESR minimal yükselmiş ya da normaldir. Çocuk rahattır, ağrı çok belirgin değildir. Direkt radyografi normal olup, USG'de minimal efüzyon görülebilir. Septik artrit dışlandıktan sonra istirahat ve ağrı kesicilerle tedavi edilir. Yakın takip gerektirir.^{9,10,24}

Septik artrit ve osteomyelit uzun dönemde morbidite yaratabilecek rahatsızlıklardır. Akut dönemde, sistemik bir hastalıktır; çocuk, cerrahi debridman için, acilen ortopedi uzmanına sevk edilmelidir.¹⁰

Osteomyelit

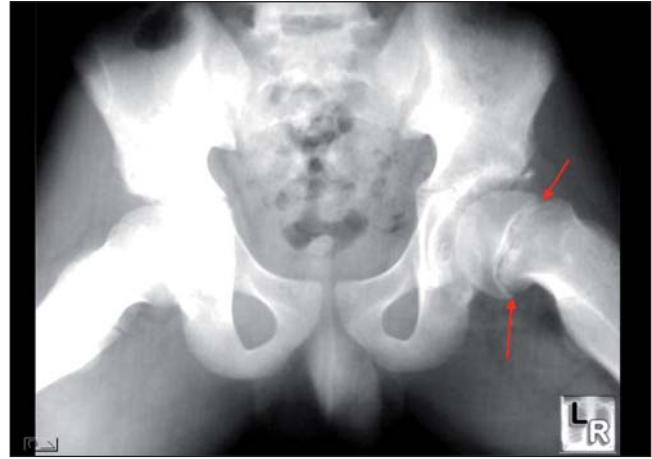
En sık 3-12 yaş arasında görülür ve en yaygın etkeni Staphylococcus aureus'tur (Resim 7). Enfeksiyon genellikle kan yoluyla yayılır, uzun kemiklerin metafizini tutar. Hassasiyet, kızarıklık, ısı artışı ve şişlik saptanır. Sistemik ateş eşlik edebilir.^{2,9}

Septik Artrit

Tek eklemdede şiddetli ağrıya neden olur. Osteomyelit ve septik artritten aynı mikroorganizmalar sorumludur.^{2,9}

Diskit

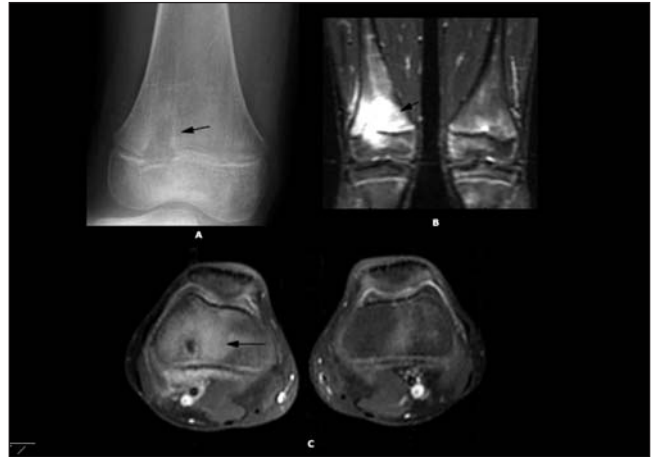
Omurlararası disk alanının iltihabıdır (Resim 8). Bacaklara vuran ağrı topallamaya yol açar. Çocuk, ağrıyan bacağına basmayı reddeder. Etkilenen segment dokunmayla aşırı hassastır.⁹



Resim 5. Femur başı epifiz kayması. Karşı taraf ile karşılaştırıldığında oklar ile gösterilen bölgede femur başı inferiora doğru kaymış olarak izlenmektedir.



Resim 6. Sol gelişimsel kalça displazisi. Sol tarafta asetabular displazi ve kalça çıkığı izlenmektedir.



Resim 7. Femur distal uçta osteomyelit. Röntgen görüntüsü (A) ve koronal (B) ve aksiyel (C) MR görüntüleri. Oklar ile metafizer bölgedeki apse işaretlenmiştir.



Resim 8. Diskitis. L3-L4 intervertebral disk aralığında daralma görülmektedir.

Nöromusküler Hastalıklar

Miyozit, müsküler distrofi, serebral palsi, periferik nöropati ve refleks sempatik distrofi gibi nöromusküler hastalıklar çocukluk döneminde topallamaya yol açtığı bilinen rahatsızlıklardır.¹⁵

Romatolojik Hastalıklar

JRA, juvenil dermatomiyosit, sistemik lupus eritematosus ve Henoch-Schönlein purpurası ilk olarak topallama ile başlayabilen hastalıklardır.^{2,22}

Kan Hastalıkları

Hemofililide eklem ya da kas dokusuna kanama, topallamaya yol açabilir. Orak hücreli anemide damarları tıkayan ataklar sırasında topallama görülebilir.²

Tablo 6. Topallayan çocukta acil davranılması gereken durumlar

Gece ağrısı
Ateş ve gece terlemesi
Ekimozlar, hepatomegali, splenomegali
Anemi ve trombositopeni
Kontraktür ile beraber artrit
Sırt ağrısı
Hikaye ile yaralanma uyuşmuyorsa çocuk istismarı mutlaka araştırılmalı



Resim 9. Ewing sarkomu ve osteosarkom kemiğin en sık görülen primer habis tümörleridir.

Habis Hastalıklar

Tümör, sık karşılaşılan bir topallama nedeni olmakla beraber, tedavi edilmediğinde yol açabileceği sonuçlar nedeniyle her zaman akılda tutulmalıdır. En sık topallama nedeni olan iyi huylu tümörler osteoid osteom ve osteokondromdur. Çocukluk çağında en sık rastlanan habis kemik tümörleri ise Ewing sarkomu ve osteosarkomdur (Resim 9).^{2,10,22}

Karın İçi Hastalıklar

Apendisit, pelvik inflamatuvar hastalık ve psoas absesi gibi batın içi rahatsızlıklar, iliopsoas veya obturator internus kasını tahriş ederek topallamaya ve uyluk ağrısına sebep olabilirler.²

Tablo 7. Dikkat edilmesi gereken konular

Septik artrit, tam tedavi edilmemiş olsa da, eklem sıvısı steril bulunabilir.
Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde septik artrit belirti ve bulguları görülmeyebilir.
Sebepsiz topallama psikolojik strese bağlı olabilir.
Kalça ağrısı dize yayılabilir.
Travma öyküsü atılabilir.
Kas iskelet sistemi enfeksiyonları, erken dönem direkt grafilerinde bulgu vermeyebilir.

Konversiyon Bozukluğu

Ergenlik döneminde konversiyona bağlı topallama bildirilmiştir.²⁵ Belirti ve bulgular uyumsuz, fizik muayene ise normaldir; genellikle altta yatan psikolojik bir neden bulunur.

Fizik muayene ile örtüşmeyen hikaye, topallamaya özgü olmayan şikayetler doktoru alarmına geçirmeli, altta yatan patolojinin belirlenmesi için klinik, radyolojik ve laboratuvar testleri istenmelidir (Tablo 6). Akılda tutulması gereken bazı çelişkili durumlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tedavi

Altta yatan hastalığa göre yapılır.

Sonuç

Topallayan çocuk asla normal değildir. Çocuklarla ilgilenen hekim, topallamanın nedenleri ve tedavisi hakkında mutlaka bilgi sahibi olmak zorundadır. Topallayan çocukta, uzun dönemde morbidite yaratacak durumları dışlamak için, sistemik bir yaklaşım uygulanmalıdır. Sistemik yaklaşım, ayrıntılı hikaye ve fizik muayene, gerektiğinde görüntüleme ve laboratuvar testlerinden yararlanmayı içerir. Zamanında konulan tanı, daha iyi bir sonuç elde edilmesini sağlar.

Kaynaklar

1. Mankin KP, Griswold J. Common orthopaedic complaints. Primary Care Pediatrics’de. Ed. Hernandez CG, Singleton JK ve Aranzon DZ. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2001; 533-5.
2. Leung AK, Lemay JF. The limping child. *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 219-23.
3. Clark MC, Iwinski HJ. The limping child: the challenges of an accurate assessment and diagnosis. *Pediatric Emergency Medicine Reports* 1997; 2: 123-34.

4. De Boeck H, Vorlat P. Limping in childhood. *Acta Orthop Belg* 2003; 69: 301-10.
5. Lawrence LL. The limping child. *Emerg Med Clin North Am* 1998; 16: 911-29.
6. Gibbons P. The limping child. *Trauma* 2005; 7: 185-94.
7. Fischer SU, Beattie TF. The limping child: epidemiology, assessment and outcome. *J Bone Joint Surg Br* 1999; 81-B: 1029-34.
8. Leet AI, Skaggs DL. Evaluation of the acutely limping child. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1011-8.
9. Delaney RA, Lenehan B, O’sullivan L, McGuinness AJ, Street JT. The limping child: an algorithm to outrule musculoskeletal sepsis. *Ir J Med Sci* 2007; 176: 181-7.
10. Barkin RM, Barkin SZ, Barkin AZ. The limping child. *J Emerg Med* 2000; 18: 331-9.
11. Arıtamur A, Kocaoğlu M. Ayak bileği ve ayak hastalıkları. Ortopedi’de. Ed. Çakmak M. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1998; 279-80.
12. Kost S. Limp. Textbook of Pediatric Emergency Medicine’de. Ed. Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 369-74.
13. Song KM, Halliday SE, Little DG. The effect of limb-length discrepancy on gait. *J Bone Joint Surg Am* 1997; 79: 1690-8.
14. Okoro T. The limping child. *Student BMJ* 2006; 14: 10-1.
15. Waseem M, Babar G, Husain S, Scott C, Laureta E. Limping child with profound weakness. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21: 747-50.
16. Faden H, Grossi M. Acute osteomyelitis in children. Reassessment of etiologic agents and their clinical characteristics. *Am J Dis Child* 1991; 145: 65-9.
17. Fink CW, Nelson JD. Septic arthritis and osteomyelitis in children. *Clin Rheum Dis* 1986; 12: 423-35.
18. McCarthy PL, Wasserman D, Spiesel SZ, Dolan TF, Jekel JF. Evaluation of arthritis and arthralgia in the pediatric patient. *Clin Pediatr* 1980; 19: 183-90.
19. Swischuk LE. The limping infant: imaging and clinical evaluation of trauma. *Emerg Radiol* 2007; 14: 219-26.
20. Oudjhane K, Newman B, Oh KS, Young LW, Girdany BR. Occult fractures in preschool children. *J Trauma* 1988; 28: 858-60.
21. Connolly LP, Treves ST. Assessing the limping child with skeletal scintigraphy. *J Nucl Med* 1998; 39: 1056-61.
22. Beresford MW, Cleary AG. Evaluation of the limping child. *Curr Pediatr* 2005; 15: 15-22.
23. Karabouta Z, Bisbinas I, Davidson A, Goldsworthy LL. Discitis in toddlers: a case series and review. *Acta Paediatr* 2005; 94: 1516-8.
24. Hart JJ. Transient synovitis of the hip in children. *Am Fam Physician* 1996; 54: 1587-91.
25. Quane T, Chambers CV, Snyderman D. Conversion disorder presenting as gait disturbance in an adolescent. *Arch Fam Med* 1995; 4: 805-7.

Geliş tarihi: 11.03.2009

Kabul tarihi: 30.05.2009

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Mert Özcan
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
Güllapoğlu Yerleşkesi Edirne
Tel: (0284) 235 76 41-4705
e-posta: mertozcan@trakya.edu.tr