



Kalça Ağrısının Nadir Bir Sebebi: Kalçanın Geçici Osteoporozu-İki Olgu Sunumu

Rare Cause of Hip Pain: Transient Osteoporosis of the Hip-Two Case Reports

Senem Şaş, Fatmanur Aybala Koçak*, Emine Eda Kurt*, Hatice Rana Erdem*, Figen Tuncay*

Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Kırşehir, Türkiye

*Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

Öz

Kalçanın geçici osteoporozu (KGO) özellikle orta yaşlı erkekleri ve gebeliğin üçüncü trimesterindeki kadınları etkileyen etiyolojisi bilinmeyen nadir görülen bir hastalıktır. Semptomların kendiliğinden rezolüsyonu ile benign bir seyir gösterir. Geçici osteoporoz, avasküler nekroz gibi çok sayıda diğer hastalıklarla karışabilir. Erken dönemlerde bu iki hastalığın birbirinden ayırt edilmesi uygun tedavi planının seçilebilmesi için önemlidir. Bu yazıda, kalça ağrısı ve KGO tanısı almış yürümede zorluk çeken ve kalça ağrısı şikayeti olan iki erkek olgu güncel literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kalça, geçici osteoporoz, kemik iliği ödemi

Summary

Transient osteoporosis of the hip (TOH) is a rare disease affecting especially middle-aged men and women in the third trimester of pregnancy with unknown etiology. It has a benign course with spontaneous resolution. Transient osteoporosis may be confused with other diseases such as avascular necrosis. Early diagnosis is important to identify and plan correct treatment. In this report, two male cases with complaint of hip pain and difficulty in walking, which were diagnosed with TOH was presented by reviewing current literature.

Keywords: Hip, transient osteoporosis, bone marrow edema

Giriş

Kalça ağrısının nadir bir nedeni olan kalçanın geçici osteoporozu (KGO), etiyolojisi bilinmeyen tipik özelliği şiddetli ağrı ve etkilenen eklemlerde sınırlı radyolojik olarak gösterilebilen osteopeni ile karakterize hastalıktır. Bu hastalığın erken döneminde radyolojik bulgular görülmeyebilir (1,2). Radyografik değerlendirme hastalığın semptomlarının başlamasından yaklaşık bir ay sonra yapılır, femur başı ve boynunda deminerilazasyonu gösterilir. Geçici osteoporoz avasküler nekroz (AVN) gibi diğer hastalıklarla karışabilir. Erken dönemde ayırıcı tanı uygun tedaviyi planlamak için gereklidir (2-4).

KGO genellikle orta yaşlı erkekleri ve gebeliğin üçüncü trimesterindeki kadınları etkilemektedir. Kalçada ani ve ilerleyici ağrı ilk başvuru semptomudur. Ayrıca, etkilenen tarafta dizabilite ve antajik yürüyüş görülmektedir (5). Bu hastalık kendini sınırlayan, klinik ve muayene bulgularının tamamen birkaç ayda (6-8 ay) düzeldiği bir durumdur (6,7).

Burada kortikosteroid kullanım öyküsü olmayan multipl sklerozlu (MS) 43 yaşında KGO'lu erkek hasta ve tanımlanan bir hastalığı olmayan 44 yaşında KGO'lu erkek hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumları

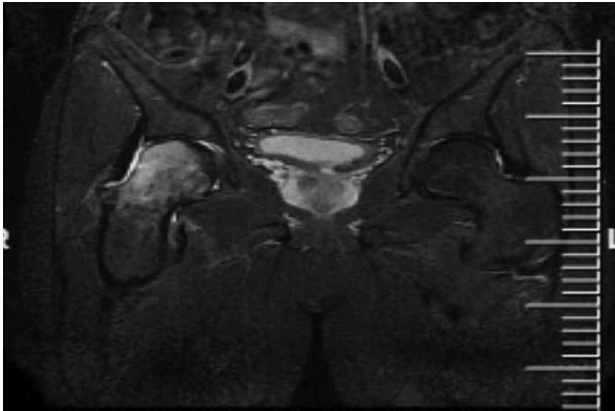
Olgu 1

Kırk üç yaşındaki erkek hasta polikliniğimize bir ay önce ani başlangıçlı sağ kalça ağrısı ile başvurdu. Ağrının kalçadan uyluk ön yüzüne doğru yayıldığını, ayakta durma ve yürüme ile arttığını, dinlenme ile azaldığını ifade etti. Beraberinde uyuşma-karıncaşmanın olmadığını belirtti. Travma, sabah tutukluğu, ateş, kilo kaybı öyküsü yoktu. Sigara ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Yirmi sekiz yaşında MS tanısı aldığı kortikosteroid ve diğer immünsüpresif ilaç kullanımının olmadığını belirtti. Yapılan fizik muayenede sağ kalça rotasyonları ve abduksiyonu ağrılı ve limitliydi. Bel hareketleri açık ve ağrısızdı. Antajik yürüyüş mevcuttu. Diğer eklemlerin tümünde eklem hareket

açıklıkları tamdı. Kas gücü ve nörolojik muayene de normaldi. AVN ve kırık ön tanıları ile çekilen pelvis röntgeninde ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) (Resim 1) kalçanın osteoporozu tespit edildi. Yapılan biyokimyasal analizde serum kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz, parathormon, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı 2 mm/saat, hemoglobin değeri ise 15,5 g/dL olarak ölçüldü. Mevcut klinik ve radyolojik bulgular ile hastaya KGO tanısı konularak asemetazin 120 mg/gün başlandı. Yatak istirahati, bir çift kanedyen kullanımı hastaya önerildi. Hastanın kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçüldü. Yapılan KMY'de L1-L4 T skoru -2,3, femur boynu T skoru -1,9 olarak belirlendi. Hastaya alendronat 70 mg/hafta ve 1200 mg kalsiyum ile 880 IU D3 vitamini önerildi. Tedavi başladıktan 10 gün sonra ağrısı azalan hastaya eklem hareket açıklık egzersizleri başlanarak kanedyen sayısı bire indirildi. Ağrısı geçene kadar kanedyen kullanmaya devam etmesi tavsiye edildi. Üç ay sonraki kontrolünde kalça eklem hareket açıklığı ağrısız ve açıktı. Hasta bağımsız olarak ambule olabiliyordu.

Olgu 2

Kırk dört yaşındaki erkek hasta polikliniğimize bir buçuk ay önce ani başlangıçlı sağ kalça ağrısı ile başvurdu. Ağrının kalçadan uyluk ön yüzüne doğru yayıldığını, ayakta durma ve yürüme ile arttığını dinlenme ile azaldığını ifade etti. Beraberinde uyuşma-karıncaşmanın olmadığını belirtti. Travma, sabah tutukluğu, ateş, kilo kaybı öyküsü yoktu. Sigara ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Altı ay önce depresyon tanısı aldığını ve sitalopram dışında ilaç kullanımının olmadığını belirtti. Yapılan fizik muayenede sağ kalça rotasyonları ve abduksiyonu ağrılı ve limitliydi. Bel hareketleri açık ve ağrısızdı. Antalgik yürüyüş mevcuttu. Diğer eklemlerin tümünde eklem hareket açıklıkları tamdı. Kas gücü ve nörolojik muayene de normaldi. AVN ve kırık ön tanıları ile çekilen pelvis röntgeninde ve MRG'de (Resim 2) kalçanın osteoporozu tespit edildi. Yapılan KMY'de L1-L4 T skoru -0,8, femur boyun T skoru -1,5 olarak tespit edildi. Yapılan biyokimyasal analizde serum kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz, parathormon, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı 5 mm/saat, hemoglobin değeri



Resim 1. Olgu 1'e ait: Sağ kalça manyetik rezonans görüntüleme femur başı ve boynunda sinyal değişiklikleri

ise 15 g/dL olarak ölçüldü. Klinik ve radyolojik bulguların değerlendirilmesi sonucu hastaya KGO tanısı konuldu. Asemetazin 120 mg/gün tedavisi başlandı aynı zamanda yatak istirahati ve bir çift kanedyen kullanımı önerildi. Hastanın çekilen kemik mineral yoğunluğunda osteopeni tespit edilmesi üzerine hastaya 1200 mg kalsiyum ve 880 IU D3 vitamini önerildi. Tedavi başlangıcından 10 gün sonraki kontrolde hastanın ağrısının azaldığı tespit edildi. Eklem hareket açıklık egzersizleri başlandı ve kanedyen sayısı bire indirilerek ağrısı geçene kadar kullanması önerildi. Üç ay sonraki kontrolünde kalça eklem hareket açıklığı ağrısız ve açıktı. Hastanın bağımsız olarak ambule olabildiği gözlemlendi.

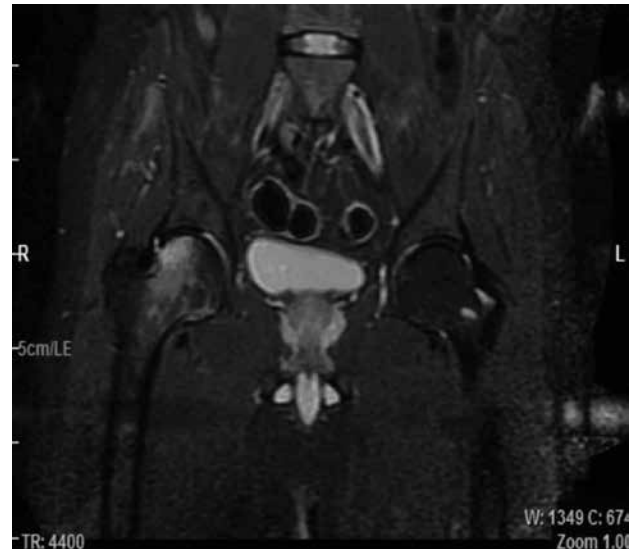
Tartışma

KGO, ilk kez Curtiss ve Kincaid (8) tarafından 3 gebe kadında belirlenmiş nadir görülen klinik bir durumdur. Tanımlanan olgularda, gebeliğin son trimesterinde femur başında yük binme ile artan ağrı ve osteopeninin eşlik ettiği ve beraberinde herhangi bir hastalığın olmadığı bildirilmiştir. KGO'nun 2/3'ü 40-60 yaş erkeklerde, 1/3'ü kadınlarda görülmektedir. Kadınlarda çoğunlukla, gebeliğin son trimester veya erken doğum sonrası görülmektedir (9).

Geçici osteoporoz, en sık kalça eklemi tutar. Kadınlarda genellikle sol kalça tutulurken, erkeklerde her iki kalça tutulabilir (10). Bununla birlikte azalan sıklıkta diz, ayak, lomber bölge, dirsek ve el bileği etkilenir (11).

KGO, kendini sınırlayan klinik bir durumdur. Semptomların başlamasından yaklaşık dört ay sonra eklemde ağrı azalır ve radyolojik olarak kemik yoğunluğu düzelir (11).

Ayrıntı tanıda AVN, osteomyelit, enflamatuvar artrit, septik artrit, kırık, pigmente vilonodüler sinovit, migratuar osteoporoz, romatoid artrit, idiyopatik sinovyal osteokondromatozis, Sudeck atrofisi düşünülmeli ve tanı için uygun görüntüleme yöntemleri



Resim 2. Olgu 2'ye ait: Sağ kalça manyetik rezonans görüntüleme femur başı ve boynunda sinyal değişiklikleri

kullanılmalıdır. Direkt grafinin ve yetersiz kaldığı durumlarda MRG ve sintigrafi kullanılabilir (11,12). Bizim olgularımızın tanısında sintigrafi kullanılmadı. Semptomlar başladıktan 72 saat sonrası konvansiyonel grafi ve birinci olgunun MS öyküsü olması nedeniyle AVN ön tanısı ile semptomların başlamasından 10 gün sonra MRG çekilmiştir. MRG’de, KGO için spesifik olan kemik iliği ödemi, eklem effüzyonu ve femur başında osteopeni tespit edilmiştir. İkinci olgu da semptomlar başladıktan bir hafta sonra konvansiyonel grafi çekilmiş ve ayrırcı tanı için MRG çekilmiştir. Her iki olguda da MRG’de, KGO için spesifik olan kemik iliği ödemi femur başında osteopeni ve eklem effüzyonu tespit edilmiştir.

KGO’da, ağrı inguinal bölge, kalça ve uyluğun ön yüzüne yayılır ve sıklıkla ani başlangıç gösterir. Antalgik yürüyüş görülür ve hastalar ağrının başladığı zamanı hatırlar. Ağrı yük vermekle ve yürümekle artar (5). Eklem hareket açıklığı etkilenen kalçada hafif rotasyon ve abduksiyon kısıtlılığı dışında korunur (2,11). Burada sunulan olguların da kalça abduksiyon ve rotasyonları limitli ve ağrılıydı.

KGO, patogenezi ve presipite eden faktörler tam olarak anlaşılamamıştır. Başlatıcı nedenler arasında genetik yatkınlık, obturator sinir kompresyonu, Sudeck atrofisi, kemik medüller hipertansiyonu, küçük damar iskemisi ve gebelik ile ilişkili kimyasal ve hormonal faktörler sayılabilir (13). KGO’su kadınlarda genellikle gebelik ile ilişkili rapor edilirken Erdem ve ark. (14) gebe olmayan bir kadında KGO olgu sunumu yaparak KGO’nun her zaman kadınlarda gebelik ile ilişkili olmadığını vurgulamışlardır.

Konvansiyonel grafi her iki hastalığın tanısında başvurulması gereken ilk tetkiktir. KGO’da lezyon homojen ve proksimal femur ve femur başını tutar. Trokanterler, asetabulum, iliak kanatlar ve iskiopubik ramus da etkilenebilir. Eklem aralığı korunur ve osseöz erozyon ve subkondral kollaps görülmez. AVN’de homojenite görülmez ve tutulum femur başının anterosuperior bölgesinde segmental veya fokaldır. Ek olarak, subkondral kollaps (yarımay bulgusu) AVN için patognomotik iken, KGO’da görülmez (14).

AVN ile KGO ayrırcı tanısı hastalığın başlangıç evresinde zordur. Bu ayırımı klinik ve radyolojik olarak yapılabilir. KGO, tipik olarak ani başlangıçlı, etkilenmiş tarafa yük verme ile artma ve istirahat ile azalma ile karakterizedir. KGO’da antalgik yürüyüş görülür ve eklem hareket açıklığı abduksiyon ve rotasyonda hafif kısıtlanma dışında korunur. KGO’nun prognozu iyiyken, AVN seyri ilerleyicidir. AVN’de ağrı etkilenmiş tarafta yük verme ile artarken, istirahatle azalmaz. Antalgik yürüyüş AVN’nin geç dönem bulgusudur. AVN’de genellikle hastalığı tetikleyen kortikosteroid kullanımı, alkolizm, travma veya hemoglobinopatiler gibi durumlar vardır (2,14). Her iki olguda da AVN için risk faktörü yoktu. Radyolojik bulgular hastalığın erken evrelerinde görülmeyebilir (1,2). Olgularımız hastalığın erken evrelerinde olduğundan tanı MRG ile konulmuştur.

Geçici osteoporozun tedavisi destekleyici olarak yapılmaktadır. Medikal tedavisi ile ilgili az sayıda yayın bulunmaktadır. Öncelikle, ağrının azalması, eklem binen yükün azaltılması ve

kırıkların önlenmesi hedeflenmektedir. Fizik tedavi yöntemleri önerilmektedir (15). Oral, intravenöz veya intramusküler bifosfonat tedavisinin yararlı olabileceği bildirilmiştir (16). Üç doz intravenöz pamidronat uygulanmasının klinik ve radyolojik olarak iyileşme gösterdiği on beş hastalık bir çalışmada gösterilmiştir (17). Bundan başka, kalsitonin ve prednisolon kullanılmıştır. Kalsitonin kullanımında kemik rezorbsiyonunu azaltmak ve iyileşmeyi hızlandırmak amaçlanmıştır (1,18,19). Bununla birlikte, KGO’lu hastalarda bifosfonat veya kalsitonin kullanımının güvenilirliği ile ilgili iyi kontrollü çalışma yayınlanmamıştır (17). Birinci olgu, asemetazin ve alendronat ve kalsiyum ve D vitamini ile, ikinci olgu asemetazin ve kalsiyum ve D vitamini ile tedavi edildi. ROM ve güçlendirme egzersizleri başlandı. Fizik tedavi yöntemleri uygulanmadı.

İki olgunun üç ay sonraki kontrolünde ağrının azaldığı ve eklem hareket açıklığının arttığı gözlemlendi. Hastalar semptomları azaldığı için kontrol MRG’yi kabul etmediler.

Sonuç olarak, KGO iyi seyirli nadir görülen bir klinik durumdur. Bilinen tek risk faktörü gebeliktir. Bununla birlikte, ani başlangıçlı kalça ağrısı olan erkek hastada AVN dışında, KGO ayrırcı tanı için düşünülmelidir. Erken tanı uygun tedavi prosedürlerinin seçimi ve uygulanması için gereklidir.

Yazarlık Katkıları

Hasta Onayı: Alındı, Konsept: Senem Şaş, Fatmanur Aybala Koçak, Dizayn: Senem Şaş, Hatice Rana Erdem, Figen Tuncay, Veri Toplama veya İşleme: Senem Şaş, Fatmanur Aybala Koçak, Analiz veya Yorumlama: Figen Tuncay, Hatice Rana Erdem, Literatür Arama: Senem Şaş, Emine Eda Kurt, Yazanlar: Senem Şaş, Fatmanur Aybala Koçak, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir, Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir, Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Bijl M, van Leeuwen MA, van Rijswijk MH. Transient osteoporosis of the hip: presentation of (a) typical cases and a review of the literature. Clin Exp Rheumatol 1999;17:601-4.
2. Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. J Bone Joint Surg Am 1995;77:616-24.
3. Schapira D. Transient osteoporosis of the hip. Semin Arthritis Rheum 1992;22:98-105.
4. Bramlett KW, Killian JT, Nasca RJ, Daniel WW. Transient osteoporosis. Clin Orthop Relat Res 1987;222:197-202.
5. Nacı B, Öner AY, Poçan S. Genç erkek olguda kalçanın geçici osteoporozu: Olgu sunumu. Osteoporoz Dünyasından 2008;14:35-9.
6. Bezer M, Gökkuş K, Kocaoğlu B, Erol B, Güven O. Transient osteoporosis of the hip in pregnancy: a report of three cases. Acta Orthop Traumatol Turc 2004;38:229-32.
7. Takatori Y, Kokubo T, Ninomiya S, Nakamura T, Okutsu I, Kamogawa M. Transient osteoporosis of the hip. Magnetic resonance imaging. Clin Orthop Relat Res 1991;271:190-4.
8. Curtiss PH Jr, Kincaid WE. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. A report of three cases. J Bone Joint Surg Am 1959;41:1327-33.
9. Schapira D. Transient osteoporosis of the hip. Semin Arthritis Rheum 1992;22:98-105.

10. Murphy WA Jr, Kaplan PA, Resnick D. Osteoporosis. In: Resnick D, Kransdorf MJ, editors. Bone and Joint Imaging. Pennsylvania, PA: 3th ed. Elsevier Saunders; 2005. p. 548-9.
11. Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. J Bone Joint Surg Am 1995;77:616-24.
12. Hayes CW, Conway WF, Daniel WW. MR imaging of bone marrow edema pattern: transient osteoporosis, transient bone marrow edema syndrome, or osteonecrosis. Radiographics 1993;13:1001-11.
13. Ma FY, Falkenberg M. Case reports: transient osteoporosis of the hip: an atypical case. Clin Ortop Relat Res 2006;445:245-9.
14. Erdem HR, Özdemirel AE, Nacı B, Şengül M. Idiopathic transient osteoporosis of the hip in a non-pregnant woman: a case report. Turk Phys Med Rehab 2013;59:157-60.
15. Malizos KN, Zibis AH, Dailiana Z, Hantes M, Karachalios T, Karantanas AH. MR imaging findings in transient osteoporosis of the hip. Eur J Radiol 2004;50:238-44.
16. La Montagna G, Malesci D, Tirri R, Valentini G. Successful neridronate therapy in transient osteoporosis of the hip. Clin Rheumatol 2005;24:67-9.
17. Varenna M, Zucchi F, Bineli L, Failoni S, Gallazzi M, Sinigaglia L. Intravenous pamidronate in the treatment of transient osteoporosis of the hip. Bone 2002;31:96-101.
18. Arayssi TK, Tawbi HA, Usta IM, Hourani MH. Calcitonin in the treatment of transient osteoporosis of hip. Semin Arthritis Rheum 2003;32:388-97.
19. Şendür ÖF, Gürer G, İyiyapıcı A. Geçici kalça osteoporozunun bir erkek olgu eşliğinde irdelenmesi. Türk Osteoporoz Dergisi 2006;12:15-7.