

Geçici Kalça Osteoporozunun Bir Erkek Olgu Eşliğinde İrdelenmesi

To review the transient osteoporosis of the hip due to a case report

Ö. Faruk Şendur*, Gülcan Gürer*, Ayşe İyiyapıcı*

Özet

Geçici kalça osteoporozu, etyolojisi bilinmeyen nadir görülen bir durumdur. Genellikle orta yaş grubundaki erkeklerde ve üçüncü trimestir gebelerde kalça ağrısıyla seyreden bu hastalık, kendiliğinden iyileşebilir. Bu makalede, sol kalça ağrısı nedeniyle başvuran, klinik muayene ve radyolojik incelemeler sonucunda geçici kalça osteoporozu tanısı alan bir erkek olgu, son literatürler gözden geçirilerek sunuldu. (*Osteoporoz Dünyasından 2006; 12 (1): 15-17*)

Anahtar kelimeler: Geçici osteoporoz, kalça ağrısı, kemik mineral dansitesi

Summary

Summary: Transient osteoporosis of hip is a rare disease of unknown etiology. It is usually seen in middle-aged men and women in the third trimester of pregnancy and is associated with hip pain. It typically runs a benign course with eventual resolution of symptoms. In this paper, a male patient with a complaint of left hip pain which was diagnosed as transient osteoporosis of the hip was presented by reviewing current literatures. (*Osteoporoz Dünyasından 2006; 12 (1): 15-17*)

Key words: Transient osteoporosis, hip pain, bone mineral density

Giriş

Geçici osteoporoz (GO), nadir görülen ve kendi kendini sıvırlayan bir hastalıktır. Curtiss and Kincaid ilk olarak 1959'da bu hastalığı, gebeliğin 3. trimestirinde olan 2 kadın olguda tanımlamışlardır. Hastalık travma öyküsü olmadan, ani başlangıçlı ağrı ve radyografide belirgin osteopeni olarak tanımlanmıştır (1). Duncan ve arkadaşları, bu hastalığın birden çok eklemi farklı zamanlarda etkileyebileceğini ve bu nedenle de gezici, bölgesel osteoporoz olarak isimlendirilebileceğini ileri sürmüşlerdir (2).

GO, akut progresif kalça ağrısı, antalgik yürüyüş ve fonksiyonel özürüllüğe neden olan ve tipik olarak gebeliğin 3. trimestirindeki kadınlarda veya orta yaşlı erkeklerde görülen bir durumdur. Semptomların başlangıcından yaklaşık 1 ay sonra, radyografide deminerilizasyon bulguları saptanır. 6-8 ay içinde semptomlar kendiliğinden geriler. Semp-

tomların iyileşmesi ile birlikte kalçanın radyografik görünüşü de normale döner (3).

Bu makalede, sol kalça ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurarak geçici kalça osteoporoz tanısı alan bir erkek olgu, son literatürler eşliğinde sunuldu.

Olgu

İY, 49 yaşında erkek hasta, sol kalça ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 2 ay önce bu şikayeti başlayan hastanın herhangi bir travma öyküsü yoktu. Hasta, ağrısının hareketle artıp, istirahatle azaldığını ifade etti. Ayrıca, sabah tutukluğunun 15 dakika kadar sürdüğünü belirtti. Olgunun sistemlerin gözden geçirilmesi sorgulamasında; herhangi bir eklemde artrit öyküsü, ateş, kilo kaybı, oral aft, geçirilmiş enfeksiyon veya steroid kullanım öyküsü yoktu. Herhangi bir alkol ya da sigara alışkanlığı mevcut değildi. Vital bulguları stabil, sistemik muayenesi normaldi.

(*) Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

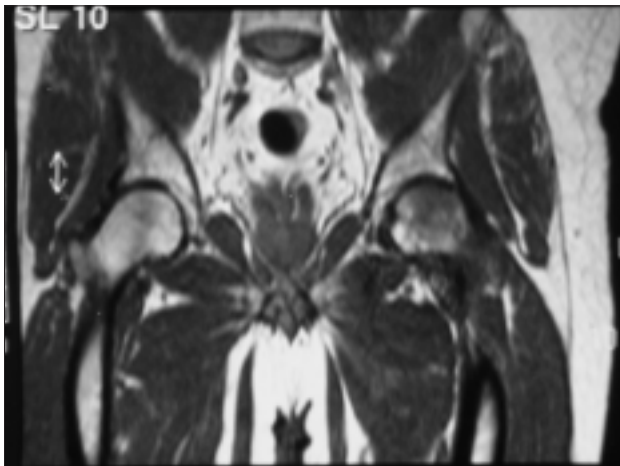
Lokomotor sistem muayenesinde; sol kalça eklem hareketleri açık, fleksiyon ve abduksiyon hareketleri ağrılı, faber ve fadir testleri ağrılı ve kısıtlıydı. Hastanın antalgik yürüyüşü mevcuttu. Diğer eklemleri açık ve ağrısızdı. Nörolojik muayenesi doğaldı.

Hastanın tam kan sayımı, tam biyokimya testleri normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı, 40 mm/saat, C-reaktif protein ve romatoid faktörü normal sınırlar içindeydi. Standart ön-arka kalça grafisinde, sol femur başı ve boyununda osteopeni saptandı (Şekil 1). Sol kalça magnetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T1 ağırlıklı sekanslarda düşük, T2 ağırlıklı sekanslarda ise artmış sinyal değişiklikleri izlendi (Şekil 2). Kemik sintigrafisinde femurun proksimalinde diffuz homojen yoğunluk artışı görüldü (Şekil 3). Olgunun sağ ve sol femur bölgesinin kemik mineral dansitometrisi (KMD) yapıldı. Sol femur total T skoru -2.17 bulunurken, sağ femur total T skoru ise -1.35 olarak bulundu.

Bu bulgularla olguya kalçanın geçici osteoporozu tanısı konuldu ve kliniğe yatırıldı. Olguya 10 seans sıcak paket ve TENS uygulandı. Ayrıca hareket açıklığı ve kalça grubu kaslarına izometrik egzersizler verildi. Hastaya yürürken destek sağlaması için sağ tarafa kanadien baston kullanıldı. Medikal tedavi olarak, kalsitonin 200 IU/gün, kalsiyum 1000 mg/gün ve D vitamini 800 IU/gün verildi. Ol-



Şekil 1:



Şekil 2:

gunun bu tedavilerle, kalça Lequesne indeksi 9'dan 6'ya, görsel ağrı skalası ise 10'dan 5'e geriledi. Kanadien baston kullanımının devamı, ev egzersiz programı ve 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerilerek hasta, taburcu edildi.

Tartışma

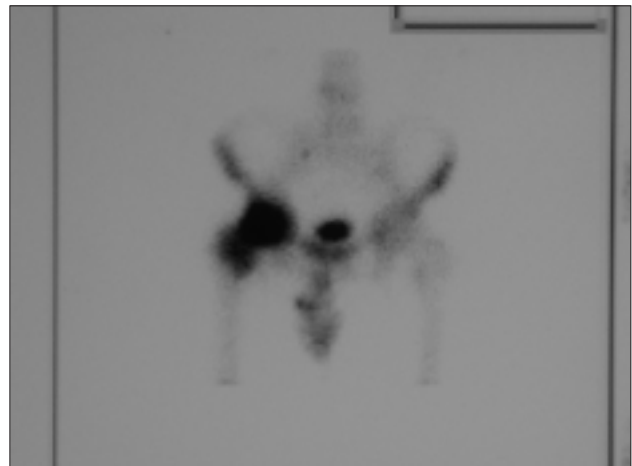
GO'lu olguların üçte ikisi, 40-60 yaş arasındaki sağlıklı-orta yaşlı erkeklerde raporlanmıştır (4). Bununla birlikte 25 ve 75 yaşında GO'lu olgular da bildirilmiştir. Olguların üçte biri ise gebeliğin 3. trimestirindeki kadınlardan oluşmaktadır (5). Çocuklar nadiren bu hastalıktan etkilenir (6-7).

GO'da kalça, en sık tutulan eklem olmakla birlikte, diz, ayak, ayak bileği, daha az sıklıkta ise omuzlar, lomber omurga, dirsek, el bileği ve el etkilenmektedir (4,8). Bilateral kalça tutulumu, kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir.

GO, inguinal bölgede, kalçada veya uyluğun ön yüzünde ağrı ile başlar ve genellikle öncesinde travma öyküsü yoktur. Ağrıya sıklıkla antalgik yürüyüş eşlik eder. Ağrı, eklem yük binmesiyle şiddetlenir, istirahatle azalır ve gece ağrısı nadirdir. GO, oldukça fazla fonksiyonel özürüllüğe neden olur ve hastalar, genellikle yardımcı desteğe ihtiyaç duyarlar. Etkilenmiş kalçada hareketler ağrılıdır ve ağrıya seker olarak kısıtlı olabilir. Kuadrisepslerde ve kalça kaslarında kullanılmama atrofi gelişebilir. Laboratuvar bulguları ise genellikle normaldir. Ancak, eritrosit sedimentasyon hızı hafif derecede yükselebilir. Ayrıca idrar hidrokspirolin ve florid atılımı artmış olarak saptanabilir. Sinovyal sıvı analizi ise non-inflamatuvar karakterdir (9-12).

GO'nun histolojik bulguları kemik iliği ödemi, inflamatuvar infiltrasyon, kemik rezorpsiyonu ve kemik formasyonu şeklindedir (13). Hofman ve arkadaşları hücre ölümünün oluşumuna dikkat çekerken, kemik iliği ödemi ile tam olarak iyileşme olduğunu ve asla osteonekroz gelişmediğini belirtmişlerdir (14-15). GO, osteonekrozdan farklıdır. Son yıllarda, femur başının subkondral fraktürü sıklıkla raporlanmıştır (16). Miyanishi ve arkadaşları, subkondral fraktürün GO'ya neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir (17).

GO'nun erken dönemde saptanmasında MRG tercih edilen bir yöntemdir. MRG, semptomların başlamasından 48 saat içinde patolojileri gösterebilir. Bu tetkikte karakte-



Şekil 3:

ristik olarak, femur proksimal bölgesinin T1 ağırlıklı görüntülerinde düşük sinyal, T2 ağırlıklı görüntülerinde ise yüksek sinyal intensitesi gözlenir. Bu sinyal anormalliklerin kemik iliği ödemine sekonder geliştiği düşünülmektedir (18).

Teknesyum-metilen difosfonat kemik sintigrafisinde semptomların başlamasından bir kaç gün içinde diffüz homojen yoğunluk artışı gözlenir (19).

Radyografilerde ise semptomlar başladıktan 3-8 hafta sonra patolojik değişiklikler izlenir. Femurun proksimalinde eklem destrüksiyonu, fraktür ya da avasküler nekroz olmaksızın osteoporoz görülür (20).

Kemik mineral dansitesi, demineralizasyonun saptanmasında ve uzun dönem GO'nun izlenmesinde diğer yardımcı modalitedir (21).

Ayırıcı tanısı avasküler nekroz, septik artrit, refleks sempatik distrofi sendromu (RSDS) ve malignansiler ile yapılmalıdır. Hastalığın hikayesi, laboratuvar bulguları ve görüntüleme çalışmaları bu durumların çoğunu ekarte ettirir. Bununla birlikte GO'nun RSDS ile ayırımını yapmak zor olabilir. Ancak ağrı semptomundan önce travma öyküsünün, kas spazmı ile birlikte yanıcı ağrının, deri değişikliklerinin ve kutanöz vazomotor bulguların olmaması ile ayırımı yapılabilir (3).

GO'nun tedavi hedefleri ağrının rahatlatılması ve etkinleşmiş eklem fonksiyonel iyileşmesinin sağlanmasıdır. Antirezorbif ajanlar olarak, bifosfonatlar ve kalsitonin, GO'nun tedavisinde kullanılmıştır. GO'lu olgu serilerinde, pamidronat, alendronat ve kldronatin kullanımının hastalık süresini azalttığı gösterilmiştir (20, 22-23).

GO'lu 10 olguda kalsitonin kullanımını raporlanmıştır. 8 olgunun 3 ay içinde iyileştiği, ancak 2 olgunun ise, ek medikasyonlara (deflazacort, clodronate) rağmen hastalığının sürdüğü bildirilmiştir (3).

Burada sunulan olgu sol kalça ağrısı olan, 49 yaşında bir erkekti. Direkt grafide sol femur proksimalinde osteopeni, MRG'de tipik olarak T1 ağırlıklı sekanslarda artmış sinyal değişikliği, T2 ağırlıklı sekanslarda yüksek sinyal değişiklikleri mevcuttu. Kemik sintigrafisinde diffüz homojen yoğunluk artışı saptandı ve KMD'de ise sağa göre sol kalçada daha düşük T skoru bulundu. Ayrıca, eritrosit sedimentasyon hızı orta derecede yüksekti (40 mm/h). Olguya bu bulgularla geçici kalça osteoporozu tanısı konuldu. Kalsitonin, kalsiyum ve D vitamini tedavisine ek olarak destek amaçlı kanadien baston, kalça grubu egzersizleri ve analjezik amaçlı sıcak paket ve TENS verildi. Bu tedavilerle olgunun ağrısı rahatladı ve takibe alındı.

Sonuç olarak kalça ağrısı ile gelen bir hastada bir çok hastalık akla gelebilir. Ancak GO tanısı da mutlaka ön tanıları arasında düşünülmeli ve buna yönelik tetkikler yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Curtiss P, Kincaid W. Transient demineralization of the hip in pregnancy: a report of three cases. *J Bone Joint Surg Am* 1959;41:1327-1333.
2. Duncan H, Frame B, et al. Regional migratory osteoporosis. *South Med J* 1969;62:41-44.
3. Arayssi TK, Tawbi HA, et al. Calcitonin in the treatment of transient osteoporosis of the hip. *Semin Arthritis Rheum* 2003;32(6):388-97.
4. Lakhanpal S, Ginsburg WW, et al. Transient Regional Osteoporosis: a Study of 56 Cases and Review of the Literature. *Ann Intern Med* 1987;106:444-50.
5. Schapira D. Transient osteoporosis of the hip. *Semin Arthritis Rheum* 1992;22:98-105.
6. Nishiyama K, Sakamaki T. Transient osteopenia of the joint in children. *Clin Ortho* 1992;275:199-203.
7. Nicol RO, Williams PF, Hill DJ. Transient osteopenia of the hip in children. *J Pediatr Orthop* 1984;4:590-2.
8. Parker RK, Ross GJ, Urso JA. Transient osteoporosis of the knee. *Skeletal Radiol* 1997;26:306-9.
9. Valenzuela F, Aris H, Jacobelli S. Transient osteoporosis of the hip. *J Rheumatol* 1977;4:59-64.
10. Longstreth PL, Malinak LR. Hydroxyproline and transient osteoporosis. *Ann Intern Med* 1972;76:833.
11. Jacox RF, Waterhouse C, Taves DR. Transient painful osteolysis-a metabolic study. *J Rheumatol* 1982;9:279-83.
12. 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.
13. Potter H, Moran M, et al. Magnetic resonance imaging in diagnosis of transient osteoporosis of the hip. *Clin Orthop* 1992;280:223-229.
14. Hofmann S, Engel A, et al. Bone-marrow oedema syndrome and transient osteoporosis of the hip: an MRI controlled study of treatment by core decompression. *J Bone Joint Surg Br* 1993;75:210-216.
15. Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77:616-624.
16. Rafli M, Mitnick M, et al. Insufficiency fracture of the femoral head: MR imaging in three patients. *AJR* 1997;168:159-163.
17. Miyanishi K, Yamamoto T, et al. Subchondral changes in transient osteoporosis of the hip. *Skeletal Radiol* 2001;30:255-261.
18. Vande Berg BE, Malghem JJ, et al. MR imaging of avascular necrosis and transient marrow edema of the femoral head. *Radiographics* 1993;13:501-20.
19. Gaucher A, Colomb JN, et al. The diagnostic value of 99m Tc-diphosphonate bone imaging in transient osteoporosis of the hip. *J Rheumatol* 1979;6:574-83.
20. Schils J, Piraino D, et al. Transient osteoporosis of the hip: clinical and imaging features. *Cleve Clin J Med* 1992;59:483-8.
21. Liel Y, Atar D, Ohana N. Pregnancy-associated osteoporosis: preliminary densitometric evidence of extremely rapid recovery. *South Med J* 1998;91(1):33-35.
22. Varenna M, Zucchi F, et al. Intravenous pamidronate in the treatment of transient osteoporosis of the hip. *Bone* 2002;31:96-101.
23. Samdani A, Lachmann E, Nagler W. Transient osteoporosis of the hip during pregnancy: a case report. *Am J Phys Med Rehabil* 1998;77:153-6.