

Gebelikteki Geçici Kalça Osteoporozu: Bir Olgu Sunumu

Transient Osteoporosis of the Hip in Pregnancy: A Case Report

Ayşe Ekim

Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir, Türkiye

Özet

Geçici kalça osteoporozu, nadir görülen nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Bu hastalık geçicidir ve sıklıkla kalça eklemi etkilediğinden dolayı geçici kalça osteoporozu olarak tanımlanmıştır. Genellikle gebeliğin 3 trimesterindeki kadınlarda ve orta yaşlı erkeklerde görülür. Hastalar ani, şiddetli ve ilerleyici kalça ağrısı ile başvururlar ve sıklıkla bu şikayetler ambulasyonlarını engelleyecek kadar ciddidir. Geçici kalça osteoporozunun prognozu iyidir, tedavide konservatif tedavi yaklaşımları, yatak istirahati önerilir ve sıklıkla birkaç ayda şikayetler tamamen geriler. Bu makalede; gebeliğinin 3. trimesterinde tek taraflı şiddetli kalça ağrısı ile başvuran, yapılan klinik muayene ve radyolojik incelemeler sonucu geçici kalça osteoporozu tanısı alan ve konservatif yöntemler ile tedavi edilen bir olgu sunulmaktadır. (*Osteoporoz Dünyasından 2009;15:48-51*)

Anahtar kelimeler: Geçici kalça osteoporozu, gebelik, kalça ağrısı

Summary

Transient osteoporosis of the hip is an uncommon disease, the cause is not known. This condition is reversible. Because generally the hip joint is effected it is named as "transient osteoporosis of the hip". It is usually seen in women in the third trimester of pregnancy and in middle-aged men. The patients admits with acute, severe, and progressive hip pain and these complaints are generally severe limiting their ambulations. Prognose of transient osteoporosis of the hip is good. In treatment; conservative treatment approaches, bed rest is recommended and generally complaints are disappear in a few months. In this article; a case is presented which has applied with acut hip pain in one side, in the third trimester of pregnancy. The case has been diagnosed as transient osteoporosis of the hip according to clinical examination and radilological investigation results. And cured with conservative approaches. (*From the World of Osteoporosis 2009;15:48-51*)

Key words: Transient osteoporosis of the hip, pregnancy, hip pain

Giriş

Geçici kalça osteoporozu (GKO), nadir görülen ve sebebi bilinmeyen şiddetli kalça ağrısına neden olan bir klinik tablodur. Gebelikte vücudun bütün sistemleri gibi kas iskelet sisteminde de birçok değişiklikler ortaya çıkmakta ve çeşitli ağrılı durumlara yol açabilmektedir (1,2). Bu ağrılı durumlardan biri de, GKO'dur. Hastaların tipik özelliği herhangi bir travma öyküsü olmaksızın, şiddetli kalça ağrısı ve lokalize kalça osteoporozunun gelişmesidir. Biz bu makalade, gebeliğinin 3. tri-

mesterinde şiddetli sağ kalça ve bacak ağrısı şikayeti ile başvuran ve GKO tanısı koyduğumuz bir olguyu sunmak istedik.

Olgu

Yirmidokuz yaşında gebeliğinin 37. haftasında bayan hasta şiddetli sağ kalça, bacak ağrısı ve yürüyememe şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. İkinci gebeliği olan hasta şikayetlerinin yaklaşık bir hafta önce aniden başladığını belirtti. Ağrısı ile ilgili herhangi bir travma, en-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Ayşe Ekim, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir, Türkiye

Tel.: +90 222 237 48 00 E-posta: drayseekim@yahoo.com.tr **Geliş Tarihi/Received:** 26.05.2009 **Kabul Tarihi/Accepted:** 22.06.2009

Osteoporoz Dünyasından Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / World of Osteoporosis, published by Galenos Publishing. All rights reserved.

feksiyon, kronik bir hastalık, uzun süreli kortikosteroid kullanımı öyküsü yoktu. Hasta ağrısının özellikle ayakta kaldığında ve yürürken arttığını, istirahat ile azaldığını tarifledi. Fizik muayenede, sağ kalça aktif eklem hareketleri ağrılıydı ve ağrı nedeniyle kısıtlılık mevcuttu, pasif eklem hareket açıklığı (EHA) değerlendirildiğinde, özellikle iç rotasyonda belirgin ağrı mevcuttu ve minimal kısıtlılık tespit edildi. Hastada antalgik yürüyüş mevcuttu. Bel hareketleri açık ve ağrısızdı. Laséque testi bilateral negatifti. Nörolojik muayenesi normaldi. Jinekolojik açıdan değerlendirilen hastanın muayenesi gebelik haftası ile uyumluydu.

Laboratuvar incelemelerinde, tam kan ve idrar tetkiki, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein, romatoid faktör ve karaciğer fonksiyon testleri, elektrolit düzeyleri, kalsiyum ve alkalen fosfataz, Brusella aglütinasyonu, tiroid fonksiyon testleri çalışıldı, herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hasta gebe olduğu için kalça grafisi çektilerilemedi. Şikayetlerine yönelik olarak analjezik tedavisi ve istirahat önerildi. Hasta, daha önceki doğumu normal vaginal yolla olmasına rağmen, şiddetli kalça ağrısı olması nedeniyle, normal doğum için gerekli pozisyon verilemediği için doğum şekli olarak sezaryan önerildi.

Doğum sonrası aynı şikayetleri devam eden hastanın direkt kalça grafisi çekildi, herhangi bir patoloji gözlenmedi (Resim 1). Kalçanın manyetik rezonans görüntülemesinde (MR), sağ femur başı ve boynunda T1-ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2-ağırlıklı sekanslarda hiperintens karakterde femur başı ve boynunda kemik iliği ödemi ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 2,3). Hastaya tüm vücut kemik sintigrafisi önerildi ancak hasta radyasyon almaktan çekindiğinden ve bebeğini emzirdiğinden dolayı bu tetkiki yaptırmayı kabul etmedi. Bununla birlikte hastaya kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümü yapıldı ve ölçüm sonuçları osteoporotik düzeylerde değildi.

Yapılan klinik ve radyolojik tetkikler sonucu hastaya GKO tanısı kondu. İlk bir ay tam yatak istirahati, analjezik ilaç tedavisi, ve klinik düzelme olana kadar destek amaçlı kanedyen tipi baston önerildi. Doğum sonrası 2 ay içinde hastanın şikayetleri azaldı, 4. aydan sonra da tamamen iyileşti. Sekiz aydır izlediğimiz hastada yeni bir ağrı şikayeti olmadı.



Resim 1. Ön-arka kalça grafisindeki normal radyografik bulgular

Tartışma

Geçici kalça osteoporozu oldukça nadir görülen ve henüz etiyolojisi tam olarak açıklanamamış bir hastalıktır. Gebelikte kas iskelet sisteminde birçok değişiklik ağrıya sebep olmaktadır bu değişikliklerinden biri de GKO'dur (1,2). GKO, Curtiss ve Kincaid tarafından ilk kez 3. trimes-



Resim 2. Sağ kalça MR'da sağ femur proksimalinde T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens karakterdeki kemik iliği ödemi (okla gösterildi)



Resim 3. Sağ kalça MR'da sağ femur proksimalinde T2 ağırlıklı sekanslarda hiperintens kemik iliği ödemi (okla gösterildi)

terdeki 3 gebede ağrı yapacak herhangi bir sebep olmasına rağmen, yük vermekle artan şiddetli kalça ağrısı olan hastalarda tanımlanmıştır (3).

Literatürdeki GKO olguların, 2/3'ünü yaşlı erkekler, 1/3'ünü 3. trimesterdeki gebelerin oluşturduğu görülmektedir (3). GKO en sık kalça eklemine tutulum göstermesine rağmen, nadir olarak diz, ayak bileği daha az olarak da omuz, lomber omurga, dirsek ve el bileği tutulumu görülmektedir (4).

GKO kliniğinde, hastalar tipik olarak spontan başlayan akut kalça ağrısından yakınır. Bu ağrı, kasık veya uyluğa yayılım gösterir, yük vermekle ağrının şiddeti artarken, istirahat ile azalır (5). Çok hızlı bir ilerleme olmasa da günler içinde baston gerektirecek kadar şiddetli ağrı gelişir. Buna karşılık fizik muayenelerinde; antalgik yürüme, EHA'da rotasyon hareketinde minimal kısıtlılık mevcuttur. Hastalar genellikle bu şikayetlerine yönelik travma ve enfeksiyon gibi benzeri bir öykü vermezler ve spontan geliştiğini ifade ederler (6). Bizim hastamızda gebeliğinin son trimesterinde ani ve spontan başlayan şiddetli kalça ağrısı tarifledi ve özellikle kalça rotasyonları sırasında ağrısı mevcuttu ancak minimal kısıtlılık vardı. Hastamıza, ağrısının şiddetli olması nedeniyle normal doğum sürecinde sorun çıkabileceği ve kırık riski dikkate alınarak doğum şekli olarak sezaryan önerildi.

Geçici kalça osteoporozunun prognozu sıklıkla iyi seyirli ve üç klinik evrede incelenir (7,8).

1. evre: Şiddetli kalça ağrısı vardır, radyografik değerlendirmeler normal, MR'da kemik iliği ödemi mevcuttur.

2. evre: Semptomlar maksimum seviyededir, radyolojik olarak kalçada osteoporoz ve demineralizasyon görülür.

3. evre: Radyolojik ve klinik bulguların gerilediği dönemdir. Geçici kalça osteoporozunun etiyopatogenezi tam olarak açıklanamamıştır. İleri sürülen teorilerden birinde, fetal başın annenin obturator sinirine yaptığı mekanik kompresyonun lokal demineralizasyona yol açtığı ileri sürülmüştür (3,9). Bazı yazarlar, bu tabloyu refleks sempatik distrofinin bir tipi gibi değerlendirmiştir. Ancak GKO'lu hastalarda etkilenmiş taraf ekstremitede şişlik, vazomotor ve trofik değişiklikler görülmemiştir (9,10). İleri sürülen diğer bir görüş, GKO'nun venöz geri dönüş yetersizliği ile birlikte avasküler nekrozun (AVN) erken ve reversible bir tipi olduğu iddiasıdır (11).

Geçici kalça osteoporozunda en önemli noktalardan biri, tanı koymaktaki güçlüklerdir. Bu hastaların bir kısmının başka tanılar ile izlendiği ve bu nedenle gerçek prevelansının olması gerekenden daha az olduğu düşünülmektedir (12). Ayırıcı tanıda, septik artrit, inflamatuvar eklem hastalıkları, primer veya metastatik tümörler gibi hastalıklar dikkate alınmalıdır (9). Gebelerde hem GKO, hem de kalçanın AVN'u sıklığı normal kişilere göre çok daha sıktır. Aynı zamanda, GKO ile ayırıcı tanıda en sık karıştırılan hastalık femur boynu AVN'dur. Bu nedenle ayırıcı tanıda bu 2 hastalık üzerinde özellikle önemle durulmalıdır (13). GKO'nda klinik, spontan ve akut başlangıçlıdır ancak yükün azaltılması ile şikayetler geriler ve hareketlerde belirgin bir kısıtlılık yoktur. Bununla birlikte, AVN'da, klinik sinsi ilerler ve progresif seyirlidir ve başta iç rotasyon olmak üzere hareketlerde kısıtlılık mevcuttur ve zaman içinde ağrı ve EHA 'da kısıtlılık daha da

artar (9,14,15). Bizim hastamızda, klinik ani başlangıçlı idi ve EHA 'da minimal kısıtlılık mevcuttu. Tedavide, istirahat ve konservatif tedavi yaklaşımları ile hastanın ağrısı azaldı ve 4. ayın sonunda hasta tamamen iyileşti.

GKO'unda laboratuvar incelemeleri yapıldığında, biyokimyasal, hematolojik ve serolojik testlerin normal olduğu görülmüştür (9,16,17). Tanıda özellikle görüntüleme yöntemleri yardımcıdır. Direkt radyografiler semptomların gelişmesinden yaklaşık 4.-8. haftalar arasında femur başı ve boynunda periartiküler osteopenik değişiklikler şeklinde görülür, ama eklem aralığı korunur. Ancak sıklıkla erken dönemde radyografiler normaldir. Bizim hastamızda doğum sonrası çekilen direkt kalça grafisinde herhangi bir patolojik görüntüye rastlanmadı ve normal olarak değerlendirildi.

GKO'nun tanısında en başarılı görüntüleme yöntemi MR'dır. MR, ağrının başlamasından sonraki 48 saat içinde bulgu verir (16,18) ve özellikle GKO ile kalçanın AVN'nun ayırıcı tanısında en iyi yöntemdir. GKO 'unda MR'da femur başı ve boynunda kemik iliği ödemi görülürken, AVN'un da MR bulgusu kemik iliği ödemidir. Ancak GKO'da tutulum genellikle femurun proksimaline (baş ve boyun bölgesi) yayılır ve homojendir. AVN'da, lezyon femur başında ve sıklıkla segmental yerleşimlidir. Klinik olarak değerlendirildiğinde, GKO'nda klinik iyi seyirli ve tam bir düzelme görülürken, AVN'da prognoz kötüdür. Bizim hastamızda, MR'da etkilenen sağ femur başı ve boynunda T1-ağırlıklı sekanslarda hipointens, T2-ağırlıklı çalışmalarda hiperintens karakterde kemik iliği ödemi ile uyumlu görünüm saptandı ve tedavi sonrası tam bir klinik düzelme görüldü.

Tanıda kullanılan diğer bir görüntüleme yöntemi kemik sintigrafisidir. Sintigrafide, kalçada artmış tutulum tespit edilir, ancak bu bulgu GKO' u için özgül bir bulgu olmadığından, tanı için yeterli değildir (19). Bizim hastamız, kemik sintigrafisi tetkikini yaptırmayı kabul etmedi. GKO tanısında MR çok daha spesifik ve kısa sürede tanı koymayı sağlayan bir yöntem olduğundan, kemik sintigrafisini yaptırmaması hastaya önerildi, ancak ısrar edilmedi.

Gebelikteki GKO'nu değerlendirirken gebelikte gelişen jeneralize osteoporozu ayırıcı tanıda düşünmek gerekir. Gebelikte gelişen jeneralize osteoporozda 3. trimesterde veya doğumdan hemen sonra başlayan akut sırt, bel veya kalça ağrısı mevcuttur ve bu hastaların sıklıkla vertebral kompresyon fraktürleri mevcuttur. Bu hastalarda yapılan KMY ölçümlerinde ise belirgin osteoporoz saptanır (20). GKO'lu olgularda ise jeneralize bir osteoporoz yoktur. Bizim hastamızda yapılan rutin KMY ölçümlerinde osteoporotik değerlere rastlanmadı.

GKO'nun tedavisinde, sıklıkla konservatif tedavi yaklaşımları uygulanır. Tedavinin ana prensibi istirahat ile ağrıyan taraf kalça üzerine yük vermenin azaltılmasıdır (21). Bu şekilde, ağrı ve gelişebilecek fraktür riski minimize edilir. Bu hastalarda istirahat ile gelişebilecek atrofik oluşumuna karşı, kalça grubu kaslarına yönelik izometrik egzersiz önerilir. Ağrıyı azaltmak amacıyla analjezik, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve çeşitli fizik tedavi modalitelerinden yararlanılabilir. Bunun yanında antitrombotik ajanların kullanımı ile ilgili olgu sunumları mevcuttur. Yapılan çalışmalarda bu tedavi uygulamaları

nın ağrısı azalttığı ve hastalık süresini kısalttığı bildirilmiştir (4,9,15,22-24). Fakat intra artiküler ve sistemik steroid kullanımının tedaviye bir katkısının olmadığı gösterilmiştir (4,10). Biz olgumuza tedavi olarak, yatak istirahati, basit analjezikler ve yükü azaltmak için sağlam tarafta kanedyen tipi baston önerdik. Hastamız bebek emzirdiği için antirezorptif bir tedavi uygulayamadık. Yaklaşık 2 aylık bir tedavi sonrasında hastamız şikayetlerinde belirgin bir azalma ve 4. ayın sonunda tam bir düzelme gözlemlendi. Yaklaşık 8 aydır takip ettiğimiz hastada tekrar bir ağrı şikayeti olmadı.

Sonuç olarak, ani başlayan spontan kalça ağrısında özellikle 3. trimesterdeki gebelerde GKO tanıda dikkate alınmalıdır. Aynı zamanda gebelerde gelişen kalça ağrısında ayırıcı tanıda AVN'da mutlaka akılda tutulmalıdır. GKO'da tanıda MR'ın en başarılı görüntüleme yöntemi olduğu ve tedavinin ana prensibinin konservatif tedavi yaklaşımlarının olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Bookhout MM, Boissonault WG. Physical Therapy Management of Musculoskeletal Disorders During Pregnancy. In: Wilder E(ed). Obstetric and Gynecologic Physical Therapy. Newyork:Churchill Livingstone, 1988:17-63.
2. Füzün S. Gebelik Rehabilitasyonu. In:Oğuz H. Tibbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Kitapevi, 1995:671-84.
3. Curtiss PH, Jr, KincaidWE. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. Areport of three cases. J Bone and Joint Surg 1959;41-A:1327-33.
4. Lakhanpal S, Ginsburg WW, Luthra HS, Hunder GG. Transient regional osteoporosis. A study of 56 cases and review of the literature. Ann Intern Med. 1987;106:444-50.
5. Koo KH, Jeong ST, Jones JP, Jr. Borderline necrosis of the femoral head. Clin Orthop Relat Res 1999;358:158-65.
6. Balakishnan A, Schemitsch EH, Pearce D, McKee MD. Distinguishing transient osteoporosis of the hip from avascular necrosis. Can J Surg 2003;46:187-92.
7. Sezer İ, Kocabaş H, Bilgilişoy M, Alkan Melikoğlu M, Girgil E. Geçici Kalça Osteoporozu: Olgu Sunumu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:124-6.
8. Bezer M, Gökkuş K, Kocaoğlu B, Erol B, Güven O. Gebelikte geçici kalça osteoporozu: üç olgu sunumu. Acta Orthop Traumatol Turc 2004;38:229-32.
9. Araysii TK, Tawbi HA, Usta IM, Hourani MH. Calcitonin in the treatment of transient osteoporosis of the hip. Semin Arthritis Rheum. 2003;32:388-97.
10. Lequesne M. Transient osteoporosis of the hip. A nontraumatic variety of Sudeck's atrophy. Ann Rheum Dis 1968;27:463-71.
11. Trevisan C, Ortolani S, Monteleone M, Marinoni EC. Regional migratory osteoporosis: a pathogenetic hypothesis based on three cases and a review of the literature. Clin Rheumatol 2002;21:418-25.
12. Shapira D, Israel O, Goldsher D, Nahir M, Scharf Y. Transient osteoporosis of the hip: case report and review of the literature. Isr J Med Sci 1989;25:709-12.
13. Öncel S, Peker Ö. Gebelik Rehabilitasyonu. In:Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Tibbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Kitapevi, 2004:1291-304.
14. Diwanji Sr, Cho YJ, Xin ZF, Yoon TR. Conservative treatment for transient osteoporosis of the hip in middleaged women. Singapore Med J 2008;49:17-20.
15. La Montagna G, Malesci D, Tirri R, Valentini G. Successful neridronate therapy in transient osteoporosis of the hip. Clin Rheumatol 2005;24:67-9.
16. Guerra JJ, Steinberg ME. Current Concept Review. Distinguishing Transient Osteoporosis from Avascular Necrosis of the Hip. J Bone Joint Surg Am 1995;77:616-24.
17. Rose RA. Transitory demineralization of the femoral head. Radiology 1970;94:509-12.
18. Malizos KN, Zibis AH, Dailiana Z, Hantes M, Karachalios T, Karatanas AH. MR imaging findings in transient osteoporosis of the hip. Eur J Radiol 2004;50:238-44.
19. Kaplan SS, Stegman CJ. Transient osteoporosis of the hip. A case report and review of the literature. J Bone Joint Surg Am 1985;67:490-3.
20. Sarpel T, Kozanoğlu E, Güzel R, Goncu K. Pregnancy associated osteoporosis: seven cases of pregnancy associated osteoporosis discussed. Osteoporosis Int 2000; Suppl2, meeting abstract 326:S144.
21. Cahir JG, Toms AP. Regional migratory osteoporosis. Eur J Radiol 2008;67:2-10.
22. Bahadır C, Gürel ÖK, Ocak F, Yiğit S. Kalçanın geçici osteoporozu: olgu sunumu. Osteoporoz Dünyasından 2007;13:19-22.
23. Varenna M, Zucchi F, Binelli L, Failoni S, Gallazzi M, Sinigaglia L. Intravenous pamidronate in the treatment of transient osteoporosis of the hip. Bone 2002;31:96-101.
24. Ringe JD, Dorst A, Faber H. Effective and rapid treatment of painful localized transient oateoporosis (bone marrow edema) with intravenous ibandronate. Osteoporosis Int 2005;16:2063-8.