

İKİ TARAF LI LEGG-CALVÉ-PERTHES HASTALIĞINA BAĞ LI OLUŞ AN İLİOPSOAS BURSİTİ: OLGU SUNUMU

Muhsin DURSUN, Volkan GÜRKAN, Haldun ORHUN, Tuğrul BERKEL, İlhan BAYHAN

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

İliopsoas bursa, kalça eklemi anteriorunda iliopsoas kası posteriorunda yerleşen normal anatomik bir yapıdır. İliopsoas bursanın enflamasyonu sonucu sıvı toplanmasıyla birlikte oluşan distansiyon neticesinde meydana gelen patoloji iliopsoas bursiti olarak adlandırılır. İliopsoas bursiti genellikle sporcularda akut travma veya tekrarlayan mikrotravmalar sonucu oluşmaktadır. Nontravmatik oluşan iliopsoas bursiti oldukça nadirdir ve daha çok romatoid artritte görülür. Bunun yanında osteoartrit, osteokondromatozis, pigmente villonodüler sinoviyit, sinovyal kondromatozis, enfeksiyon, psödogut, metastatik kemik hastalığı ve geçirilmiş kalça cerrahisine bağlı oluşabilir. Legg-Calvé-Perthes hastalığına bağlı oluşan, inguinal bölgede kitle şeklinde başlayarak femoral sinir basısına kadar ilerleyen ve bacakta parestezi oluşturan, aynı zamanda femoral vene bası yaparak bacakta şişliğe neden olan semptomatik bir iliopsoas bursiti olgusu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Bursiti; femur başı avasküler nekrozu; kazanılmış eklem deformiteleri; Legg-Calvé-Perthes hastalığı.

AN ILIOPSOAS BURSTITIS DUE TO BILATERAL LEGG-CALVÉ-PERTHES DISEASE: CASE REPORT

The iliopsoas bursa is a normal anatomical structure that lies deep to the iliopsoas tendon in the region of the hip joint. Iliopsoas bursitis is a term referring to distention of iliopsoas bursa because of inflammation and fluid collection. It is generally seen in athletes with cause of acute trauma or repetitive microtrauma. Nontraumatic iliopsoas bursitis is rare and commonly associated with rheumatoid arthritis. It has also been seen with osteoarthritis, osteochondromatosis, pigmented villonodular synovitis, synovial chondromatosis, infection, pseudogout, metastatic bone disease and after hip surgery. We report a rare case of iliopsoas bursitis due to Legg-Calvé-Perthes disease who presented with inguinal mass with paresthesia of the thigh caused by femoral nerve compression, and with edema at low extremity caused by femoral vessel compression.

Key Words: Bursiti; avascular necrosis of femur head; joint deformities; Legg-Calvé-Perthes disease.

İliopsoas bursa kalça eklemi anteriorunda, iliopsoas kası posteriorunda yerleşen normal anatomik bir yapıdır.⁽¹⁾ İliopsoas bursiti nadir görülmekle birlikte sıklıkla sporcularda travma veya tekrarlayan mikrotravmalar neticesinde, kalça eklemi anteriorunda şişlik şeklinde ortaya çıkarak anterior kalça ağrısına ve iliopsoas tendonunda ağırlı atlama hissinin neden olan bir patolojidir. Nontravmatik oluşan iliopsoas bursiti oldukça nadirdir ve daha çok romatoid artritte görülür. Bunun yanında osteoar-

tritte görülür. Bunun yanında osteoar-

Başvuru tarihi: 1.2.2007 Kabul tarihi: 5.11.2007

İletişim: Dr. Muhsin Dursun. Dere Sok., Aslan Apt. No: 27 Da: 3, Sahrayıcedid, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1320 e-posta: drmuhsin@yahoo.com

trit, osteokondromatozis, pigmente villonodüler sinoviyit, sinovyal kondromatozis, enfeksiyon, psödotümör, metastatik kemik hastalığı ve geçirilmiş kalça cerrahisine bağlı oluşabilir.^[2] Kitle büyüdükçe inguinal bölgede sınırları belirgin, ciltte gerginlik oluşturan, fluktuasyon veren, kalça hareketleri ile yer değiştirmeyen bir şişlik olarak ortaya çıkar, çoğu zaman ağrılıdır. Histolojik çalışmada kitle, sinovyal sıvı dolu kist olarak belirtilmekte olup, kist yer yer distrofik kalsifikasyon ve kalın fibröz doku içeren cidara sahiptir.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık bir yıl önce sol inguinal bölgesinde kitle hissedilen 45 yaşındaki erkek hasta, kitlenin zamanla büyümesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Hastanın son bir hafta içinde sol kalçasında ve uyluğunda ağrı ile birlikte, sol uyluk anteriorunda uyuşukluk ve karıncalanma, sol bacağına şişlik şikayeti vardı. Hastanın yaklaşık 35 yıl önce her iki kalçasında ağrı ve topallama şikâyeti ile bir ortopedi uzmanına başvurduğu, yapılan tetkiklerde her iki kalçada Legg-Calvé-Perthes hastalığı teşhisi konularak herhangi bir cerrahi girişimde bulunulmadan takip edildiği, ağrı ve topallama şikâyeti

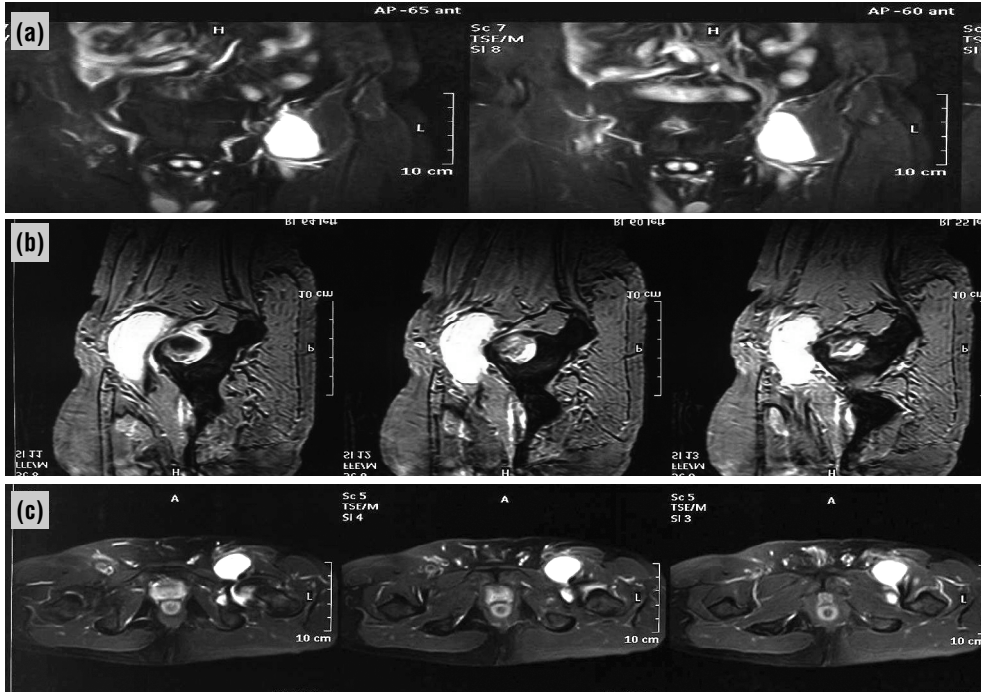
düzeltilen hastanın zaman zaman uzun yol yürümekle kalça ve uyluğunda ağrı kesici tedaviye cevap veren ağrısının olduğu öğrenildi.

Polikliniğimize başvurduğunda yapılan fizik muayenesinde sol inguinal bölgede yaklaşık 10x6 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, sert kıvamlı, ciltte gerginliğe yol açan, hareketsiz, fluktuasyon ile birlikte derinlik hissi veren, renk değişikliği ve lokal ısı artışı olmayan bir yumuşak doku kitlesi palpe edildi. İncelemede gözle görülebilen kitle femoral damar sinir paketinin hemen arkasında yer almaktaydı ve nörovasküler yapıları sıkıştırmış vaziyette idi. Hastanın sol alt ekstremitesinde hafif düzeyde şişlik mevcuttu. Motor muayenesi doğaldı ve periferik nabızları palpabildi. Hastanın ateş şikâyeti hiç olmamıştı.

Çekilen her iki kalça ön-arka grafisinde, her iki femur başı ve asetabulumda eklem yüzeylerinde düzensizlikle beraber eklem mesafesinde daralma saptandı. Her iki kalça eklemi deforme, femur başları küreselliğini kaybetmiş, genişlemiş, femur boyunları kısa ve trokanter majorlar yüksek konumda idi (Şekil I). Kalça eklemleri asferik uyumlu görünümde idi. Hastanın sol inguinal bölgesine çekilen ultrasonografi (USG) incelemesinde koksofemoral



Şekil I. Hastanın konvansiyonel kalça grafisi. Koksofemoral eklem yüzeylerinde düzensizlikle beraber eklem mesafesinde daralma mevcut. Femur başları küreselliğini kaybetmiş, femur boyunları kısa ve geniş; trokanter majorlar belirgin.



Şekil II. (a) Hastanın her iki kalçasının koronal kesit MR görüntüsü. T2 sekansında hiperintens kitle görülmüyor. (b) Hastanın sol kalçasının sajital MR görüntüsü; (c) her iki kalçasının transvers plan MR görüntüsü. Kalça eklemi ile iştirak görülüyor.

bölge anteriorunda 10x6x4 cm'lik kistik kitle saptandı. Hastanın çekilen pelvis manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde koksofemoral eklemin anteriorunda iliopsoas kasının muskültendinöz bileşkesinin posteriorunda yerleşen, posteriordan koksofemoral eklemlle birleştiği gözlenen, içi sinovya intensitesi ile aynı intensitede sıvı ile dolu, T1 sekansında hipointens, T2 sekansında hiperintens görünen kitle belirlendi (Şekil II). Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre, sedimentasyon ve C reaktif protein değerleri normal sınırlarda idi. Romatoid faktör testi negatifti.

Hastanın kitlesine USG eşliğinde steril koşullarda kalın enjektör iğnesi ile (18 Gauge) girilerek kitle içerisindeki yaklaşık 60 ml'lik seröz renkli, mukoid-jelimsi kokusuz sıvı aspire edildi. Aspire edilen mayinin direk yaymasında birkaç eritrosit ve bol lökosit hücresi görülürken bakteri hücresi görülmedi. Aerop ve anaerop kültürlerinde üreme olmadı. Sıvının yapılan sitolojik çalışmasında atipik hücre saptanmadı.

Aspirasyonu takiben hastaya 550 mg naproksen sodyum 3 hafta süre ile günde iki sefer kullanıldı. Aktivite modifikasyonu yapılarak ağır ve yoru-

cu egzersizlerden uzak kalması önerildi. Aspirasyondan üç gün sonra hastanın sol kalçasındaki ve uyluğundaki ağrı iyileşti. Sol uyluk anteriorundaki parestezi aspirasyondan iki hafta sonra ortadan kalktı. Aspirasyon sonrası birinci ayında hastanın her iki kalçasında uzun yol yürümekle ortaya çıkan ağrı dışında şikayeti yoktu.

Hasta nüks açısından takibe alındı. Aspirasyondan bir yıl sonra tekrar değerlendirildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ve USG incelemesinde nüks saptanmadı.

TARTIŞMA

İliopsoas bursa koksofemoral eklem anteriorunda ve iliopsoas kasının muskültendinöz bileşkesinin posteriorunda yer alan normal anatomik bir yapıdır.^[1] Sıklıkla travmatik nedenlerle ortaya çıkmakla birlikte çok daha nadir olarak nontravmatik şekilde sistemik romatolojik hastalıklarda görülebilmektedir. Kalça eklemi ile %9-%15 iştirakli olan iliopsoas bursada efüzyon sonucu distansiyon oluşabilmektedir.^[3] İliopsoas bursa distansiyon sonucu retroperitoneal bölgeye doğru büyümektedir. Kitle büyüyüp semptomatik hale gelerek inguinal veya pelvik kitle olarak ortaya çıkar. Kalça ağrısı, kalça hareket-

lerinde kısıtlılık, mesane basısına bağlı sık idrara çıkma, femoral ven basısına bağlı alt ekstremitede ödem, femoral sinire bası yaparak nöropati oluşturabilmektedir.^[4] Bazı hastalar asemptomatiktir.

Bizim olgumuzda kitle femoral nörovasküler yapılar bastığı için semptomatik hale gelmişti. Bursitin oluşmasını sağlayan faktör Legg-Calvé-Perthes hastalığına bağlı oluşan femur başı ve asetabulumdaki deformasyon nedeniyle meydana gelen dejenerasyondur. Literatür tarandığında Legg-Calvé-Perthes hastalığına bağlı bursit bildirilmemiş olup osteoartrit nedeniyle bildirilen olgular mevcuttur. Mekanizması açık olarak bilinmemekle birlikte iki taraflı kalça osteoartriti bulunan hastalarda olduğu gibi bizim olgumuzda da patoloji iki taraflı olmasına rağmen iliopsoas bursiti tek taraflı idi ve baskın ekstremitede oluşmuştu. Bursal kitle anteriora doğru büyüyerek nörovasküler yapıları sıkıştırmıştı.

İnguinal bölgedeki kitlelerin ayırıcı tanısında psoas apsesi yeralmaktadır. Primer ve sekonder olarak ayrılan apselerin en sık karşılaşılan formu tüberküloza bağlı oluşan psoas tüberküloz apsesidir. İliopsoas bursiti ile ayırıcı tanı klinik muayene, laboratuvar ve MRG tetkiki ile yapılır. Klinik muayenede bursitten farklı olarak ateş, karın ve bel ağrısı görülürken sistemik tüberküloz belirtileri de saptanabilir. Lökositoz, anemi ve yüksek sedimentasyon belli başlı laboratuvar bulgularıdır. MRG tetkikinde psoas kası içinden kaynaklanan eklem ile ilişkili olmayan T1 sekansında hafif hiperintens, T2 sekansında hiperintens kitle şeklinde görülür.^[5]

Ayırıcı tanıda yer alan ikinci hastalık romatoid bursittir. İliopsoas bursiti ile ayırıcı tanısı klinik muayene, laboratuvar ve direkt grafi incelemesiyle yapılır. Klinik muayenede halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı, subfebril ateş, yaygın kas ağrısı, eklemlerde sabah tutukluğu gibi sistemik semptomlarla beraber lokal muayenede şişlik ve hassasiyete ek olarak ısı artışı mevcuttur. C reaktif protein, sedimentasyon yüksekliği ile birlikte olguların %80'inde romatoid faktör pozitifliği mevcuttur. Direkt grafide eklemde daralma, periartiküler osteoporoz, subkondral kistik erozyonlar ile simetrik eklem tutulumu görülerek ayırıcı tanı yapılır. Guta ait bursitlerde ise romatoid bursite ek olarak lokal muayenede kızarıklık mevcuttur.

Kalça bölgesinde oluşan travmatik hematolar da

ayırıcı tanıda yer alır. Lokal muayenede şişlik, hassasiyetle birlikte ciltte ekimoz bulunabilir. MRG incelemede bursitten farklı olarak özellikle kronik hematolarda kapsülde kontrast tutulumu ile birlikte T1 sekansında hiperintens, T2 sekansında hipointens görünüm elde edilerek ayırıcı tanı yapılır.

İliopsoas bursiti kalçaya uygulanan cerrahi tedavilerden sonra da görülebilmektedir. Kolmert ve ark.^[6] total kalça replasmanı sonrası ağırlı bursit oluşan iki hastayı bildirmişlerdir. Berquist ve ark.^[7] total kalça protezi uygulanan 175 hastada kalça ağrısı nedeniyle artrografi yapmışlar ve hastaların 12'sinde bursal distansiyon saptamışlardır. Matsu-moto ve ark.^[8] gevşek bir asetabular komponentle iştirakli bir iliopsoas bursiti tanımlamıştır; hastaya total kalça protezi uygulandıktan 20 yıl sonra ili-çekal kitle olarak tespit edilmiştir.

İliopsoas bursitinin asıl tedavisi, neden olan patolojinin ortadan kaldırılması ile birlikte cerrahi eksizyondur.^[9] Esas patolojinin ortadan kaldırılamayacağı veya kaldırılmasının geciktirilebileceği olgularda kistin aspirasyonu alternatif bir tedavi yöntemidir.^[10] Bizim olgumuzdaki neden, iki taraflı Perthes-Calvé-Legg hastalığına bağlı idi ve hastanın kalça eklemlerinden kaynaklanan şikayeti yoktu. Cerrahi eksizyonla beraber kemik çıkıntılarının temizlenmesi amaçlı yapılabilecek bir ameliyatı hasta kabul etmediği için aspirasyon tedavisi uyguladık.

Özet olarak iliopsoas bursiti nadir görülen bir olgudur. Pelvik ve inguinal kitle olarak görülmektedir ve bu bölgelerde görülen kitlelerde ayırıcı tanıda yer almalıdır. Nontravmatik olarak meydana geldiği zaman çoğunlukla romatolojik hastalıklarla birlikte-dir. Bizim olgumuzda romatolojik hastalık saptanmamıştır. Hastada meydana gelmiş olan avasküler nekroz iliopsoas bursitine neden olmuştur.

KAYNAKLAR

1. Chandler SB. The Iliopsoas bursa in man. *Anat Rec* 1934;58:235-40.
2. Underwood PL, McLeod RA, Ginsburg WW. The varied clinical manifestations of iliopsoas bursitis. *J Rheumatol* 1988;15(11):1683-5.
3. Diabach JA. Non traumatic soft tissue disorders. In: Canale ST, editor. *Campbell's operative orthopaedics*. Vol. 1, 10th ed. Philadelphia: Mosby; 2003. p. 885-8.
4. Létourneau L, Dessureault M, Carette S. Rheumatoid iliopsoas bursitis presenting as unilateral femoral nerve palsy. *J Rheumatol* 1991;18(3):462-3.

5. Ataus S, Alan C, Önder AU, Mihmanlı İ, Talat Z, Yalçın V. Psoas abscess. *Cerrahpaşa J Med* 2000;31(2):89-93.
6. Kolmert L, Persson BM, Herrlin K, Ekelund L. Ileopectineal bursitis following total hip replacement. *Acta Orthop Scand* 1984;55(1):63-5.
7. Berquist TH, Bender CE, Maus TP, Ward EM, Rand JA. Pseudobursae: a useful finding in patients with painful hip arthroplasty. *AJR Am J Roentgenol* 1987;148(1):103-6.
8. Matsumoto K, Hukuda S, Nishioka J, Fujita T. Iliopsoas bursal distension caused by acetabular loosening after total hip arthroplasty. A rare complication of total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 1992;(279):144-8.
9. Yoon TR, Song EK, Chung JY, Park CH. Femoral neuropathy caused by enlarged iliopsoas bursa associated with osteonecrosis of femoral head-a case report. *Acta Orthop Scand* 2000;71(3):322-4.
10. Webner D, Drezner JA. Lesser trochanteric bursitis: a rare cause of anterior hip pain. *Clin J Sport Med* 2004;14(4):242-4.