

## KALÇA OSTEOARTHRİTİS'İNDE (O A) MEDİKAL TEDAVİ (\*)

Dr. Atilla Atalay

Kalça osteoarthritis'inde ilaç tedavisi genel osteoarthritis tedavisinden açık bir farklılık göstermez. OA genel olarak ele alındığında zaten görülürki bu hastalık (zaman zaman akut safhalar hariçinde) kronik bir gidiş gösterir. Arkadaşların belirttiği gibi uzun devreli, mafsalların kartilajını bozucu bir hastalıktır. Tedavi esnasında hastaya iyice öğretilmesi ve izah edilmesi gereken nokta tedavilerin hastalığı ortadan kaldıramıyacağıdır. OA tedavisinde önemli bir nokta ağrı -adele spazmı- hareketsizlik halkasının kırılmasıdır. Diğer tedavi metotlarıyla beraber ilaç tedavisi bu halkanın ağrı ve adele spazmı safhasının ortadan kalkmasına yardım eder. Yoksa ilaçla tedavi eklemde oluşan dejeneratif değişiklikleri ortadan kaldırmaz. Biz ilaçla ve diğer tedavi metotlarıyla hastanın ağrı ve adele spazmını ortadan kaldırıp veya azaltıp enflamasyonu yok edip hareketliliği sağlayabilirsek gayemize erişmiş oluruz.

Ben tedavide istirahat ve egzersizlerin yerini arkadaşlarıma bırakıyorum. Yalnız pratikte gördüğümüz şu ki, hastaların semptomları kontrol altına alınmaz ve hareketsiz kalmasına müsaade edilirse şikayetlerin progressif olarak artmasıdır. Tabii akut bir durumda hidrarthrose teşekkül etmişse mafsal kapsülü gerilir ve çok ağrılı iken hastayı ağır egzersizlerden korumak gereklidir. Ama hiç bir zaman hareketsiz kalmamalı ve izometrik egzersizlerle beraber aktif R.O.M. egzersizleri için hasta cesaretlendirilmelidir.

OA da ilaç tedavisine geçmeden şöyle bir tedavi metotlarına göz atarsak kalça OA sında tedavi metotlarını da görmüş oluruz.

### 1 — Genel tedbirler

- a. İstirahat
- b. Diyet
- c. Destek tedavisi

### 2 — Fizik tedavi ve Rehabilitasyon

- a. Sıcak tatbikat
- b. Egzersiz
- c. Masaj

(\*) 23 Aralık 1976 Osman Cevdet Çubukçu Sempozyumunda konuşulmuştur.

3 — İlaç tedavisi

4 — Cerrahi tedavi

Diğer tedavi metotlarını arkadaşlarıma bırakarak ilaçla tedavi prensiplerine geçelim.

1 — İlaçlar semptomların ortadan kalkmasında yardımcı olur. Ağrı - adale spazmı - hareketsizlik halkasında, ağrı ve adale spazmı ilaçlarla kontrol edilebilir. Analjezikler ve antienflamatuvarlar ve adale gevşetici ilaçlar burada etkili bir rol oynarlar.

2 — İlaçların OA da hastalığı önleyici rolü yoktur. Halen kullandığımız ilaçlar OA da husule gelen kartilaj değişikliklerinin önceden önlenmesine faidesi olmaz. Osteofitik teşekkülleri de önlemezler. Yalnız akut devrede veya bir mayı toplanması mevcutsa yani inflamasyon varsa bunun ortadan kalkmasına yardımcı olduğundan sekonder değişiklikleri indirekt olarak önlemiş olur.

3 — İlaçlar OA da hastalığın meydana getirmiş olduğu dejeneratif değişiklikleri de ortadan kaldırmazlar. Mafsal kartilajındaki incelleme, kemik dokusundaki değişiklikler, osteofitler gene ilaçların yardımıyla ortadan kaldırılamazlar.

4 — İlaçlar diğer tedavi metotlarıyla karşılıklı olarak birbirlerine yardım ve etkilerini arttırarak kullanıldığında daha etkili olur.

5 — İlaçlar kendi aralarında kombine edildiklerinde daha etkilidirler. Tek başına bir adale gevşetici veya tek başına bir analjezik kullanma yerine bir kontrindikasyon yoksa analjezik, antienflamatuvar ve adale gevşetici tesirleri olan iki veya daha fazla ilacın beraber kullanılmasında yarar vardır.

6 — En az toksik ve yan tesiri olan ilaçlar önce kullanılmalıdır. Bu klasik kaide burada da geçerlidir.

Bundan sonra kullanılan ilaçlara geçerse, önce şöyle bir sınıflandırma yapabiliriz.

1 — Analjezikler

2 — Antienflamatuvarlar

3 — Adele gevşeticiler

4 — Spesifik ilaçlar

a. İ.A. Steroitler

b. İ.A. Silicone oil

c. Cartilage stimülatörler.

1 — Analjezikler

A — Asetil salisilik asit : (Aspirin) Bu ilaç hem analjezik hem de antienflamatuvar olarak tesir eder ve herkes tarafından en emin

ve uzun süre kullanılabilir bir ilaç olarak kabul edilmektedir. Verilen miktar değişebilir. Fakat günde 2 tablet (0,5 gr.) 3 veya 4 defa tatbik edilebilir. Toksik tesirlerini kulak çınlaması veya uğultusu ile tanıyabiliriz. İlaç kesmek gerekebilir. Yan tesiri ise gastro-intestinal kanalda irritasyon yapmasıdır. Antiasitlerle beraber verilirse bu yan tesir önlenebilir. Antienflamatuvar tesiri prostoglandin aktivitesini inhibe ederek olur. Yine bu tesiri ve hypotalamik nukleuslara tesir ederek ateşi düşürür.

B — Propoxyphene hydrochloride : 65 mgr. lık tabletler halindedir. Günde 4 defa verilir, sedasyon yapar.

C — Pentozocine : 50 mgr. lık tabletler halindedir. Narkotik analjeziklere yakın tesir eder. Baş dönmesi, bulantı, dalgınlık yapar.

D — Codein : İngiltere’de yapılan bir araştırmada uzun zaman codein verilen hastalarda osteofit ve harabiyetin arttığı görülmüştür.

### 2 — Antiinflamatuvarlar

A — İ n d o m e t h a c i n : Kalça OA de kullanılabilir antiinflamatuvar ilaçlardan biridir. Analjezik etkisi de vardır. 25 mg lık kapsüller halinde oral, veya 100 mg lık supp şeklinde rektal olarak tatbik edilebilirler. Absorpsiyonu ve terapötik serum seviyesi elde edilmesi kolaydır. Vücutta depolanmaz. Yan tesirleri daha çok, gastro-intestinal traktüsdedir ve ilacı kesmekle ortadan kalkar. Prostoglandin aktivitesini inhibe eder. Günlük doz 100 mg dir.

B — B u t a z o n e g u r u b u : Yan tesirleri oldukça çok kuvvetli bir antiinflamatuvar ve analjeziktir. 300-400 mg günlük dozda verilir. G.İ. irritasyon yapar. Kanamaya sebep olabilir. (Anti-koagülanların bağlı olduğu albuminlere bağlanır.) Kemik iliği depresyonuna ve deri döküntülerine sebep olur.

C — C o r t i c o s t e r o i d l e r : Sistemik olarak kontraendike diyebiliriz. Herne kadar antiinflamasyon tesiri ile ağrıyı geçici olarak giderebilirse de şiddetli yan tesirleri sebebiyle burada uzun süre kullanılmaz. Na ve su retansiyonuna sebep olur. Buna karşı İ.A. alanlarda kullanılabilir.

D — İ b u p r o f e n : Oldukça az yan tesirleri bulunan ibuprofen kalça osteoarthritisinde emniyetle ve uzun süre kullanılabilir ilaçlardan biridir. 200 mg lık draje’ler halindedir. Günlük doz 800-1600 mg dir. Antiinflamatuvar tesiri prostoglandin aktivitesini inhibe ederek gösterir.

3 — *Adale gevşeticiler* : 175 mg carisoprodol ve 2-10 mg diazepam adale spazmını çözmek için verilebilirler.

4 — *Spesifik ilaçlar* :

a) İ.A. steroidler: Steroidler sistemik olarak kullanılmazlar. İ. A. olarak ve çok sık olmadan tatbik edilirler. Kartilaj harabiyetine sebep olması yönünden yılda 3-4 defadan daha sık yapılmaması tavsiye edilir. Bazen akut safhada mayi alınıp İ.A. olarak steroid bir hafta ara ile 2 defada tatbik edilir.

Fakat bu ilacın spekülasyonundan kaçınmak gerekir. Ancak ilk injeksiyondan hasta fayda görmüşse tekrarlanır, aksi halde yapmamak gerekir.

Methyl prednisolon 40 mg., dexamethasone 4 mg., triamcinolone 30 mg.

b) İ.A. Silicone Oil : Dejeneratif değişiklikler olmuş mafsal için silicone oil injeksiyonu ile krepitasyonlar azalır. Ağrıda azalma hareket genişliğinde artma görülmüştür. Fakat halen araştırma safhasındadır. Bazen steroidlerle beraber kullanılmaktadır.

c) *Kartilaj Stimülatörleri* :

Yeni olan bu preparat kartilaj ve kemik iliği extresidir (Calf costal cartilage). Hollander'e göre yapılan bir çalışmada «75 kontrol ve 75 tedavi (Kalça O.A sı) Rumolan 2 cc İ.M.» kontrol 1/10 000 dilüsyon) 24 hafta sonra tedavi ve kontrol guruplarında kalça ağrısı ve hareketlerinde değişiklik yok. 48 hafta sonra tedavi dozu verilen hastalarda bariz bir iyileşme, ağrıda azalma, hareketlerde artma görülmüştür. Düzelmeye x - Ray değişiklikleri az olan hastalarda daha fazla idi. 0-24-48 haftalardaki x - ray kontrollerinde değişiklik yok.

Bu ilaçları gördükten sonra kalça OA sinde medikal tedavi için karşımıza şu sorular çıkıyor.

1 — Kalça OA sinde medikal tedavi hangi hastalarda başlanmalı? (Hastanın evaluasyonu)

Hasta hafif ve çabuk geçen ağrıları tolere edebiliyor mu, yoksa şiddetli mi.

2 — Medikal tedavi hastalığın hangi safhasında başlanmalı? (Kronik-akut-hydrarthrose)

3 — Hangi ilaçlar tercih edilmeli?

a — Aspirin tercih edilmek üzere önce analjezikler

b — Yeterli olmuyorsa antienflamatuvar ve en son İ.A. toksik tesirler görülünceye kadar mı?

Toksik ve yan tesirler görülürse ya azaltılmalı ya da kesilmeli. Semptomlar kaybolursa gene kesilmeli.

5 — Hangi safhalarda sistemik ve lokal tesirli İ.A. ilaçlar tatbik edilmeli?

6 — Hangi ilaçlar beraber kullanılmalıdır?

Bu soruların cevaplandırılması için burada verdiğimiz bilgilerin ışığında bir kalça O.A sinde şöyle bir medikal tedavi takibetmek yararlı olur.

1 — Başlangıç halinde OA şikayetleri olan hareketsizliğe bağlı ağrı (Hareketle açılan) minimal x - ray değişiklikler.

Aspirin 6 saatte bir ağrıyı kontrol etmek için yeterlidir.

2 — İstirahatle geçen, aksamaya sebep olacak kadar kalça ağrısı, hareket tutukluğu ve başlangıç halinde x ray değişiklikleri

Aspirin 2x4 veya aspirin 1x4xİndomethasine 1x4

3 — İstirahatle bir müddet devam eden, yürümeyi bozan, ağrı, sertlik, x - Ray'de kartilaj kaybı, skleroz ve osteofitler

AnaljezikxAntienflamatuvarlarxAdale gevşeticiler

4 — Mafsalda Hydrarthrose teşekkül etmişse, ileri dejeneratif x - Ray değişiklikleriyle beraber, şiddetli ağrı, yürüme ve kalça mafsalını hareket ettirmekte güçlük varsa, şayet sistemik ilaçlarla 1-2 haftada kontrol altına alnamazsa İ.A mayi boşaltılmalı ve corticosteroid zerkedilmeli

5 — Rumolan elde edilebilirse 2 veya 3 üncü haftadan itibaren tatbik edilebilir.

6 — Bütün bu safhalar esnasında diğer tedavi metodları beraberce tatbik edilebilir.

7 — Cerrahi indikasyon konmuş ise hastanın bu yönde eğitimi ve post operatuvar tedavisi yapılır.

### Özet

Kalça osteoarthritislerinde medikal tedavi prensipleri incelenmiştir.

### Summary

The principles of Drug Therapy of Osteoarthritis of the Hip is reviewed.

### LİTERATÜR

1. Hollander J. L. Arthritis and Allied Conditions 1971
2. Principles of Internal Medicine, Harrison
3. Current Therapy 1975
4. Licht S. Rehabilitation and Medicine 1968