



Olgu Sunumu

Kalçanın Geçici Osteoporozu: Olgu Sunumu*

Selda Çiftci, Beril Doğu, Rana Terlemez, Figen Yılmaz, Banu Kuran

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Kalçanın geçici osteoporozu; idiopatik, genellikle kendini sınırlayan, orta yaş erkek ve gebe kadınlarda görülen, travma öyküsü olmadan kalça ağrısıyla başlayan bir tablodur. Bu vaka sunumunda; kalça ağrısıyla başvuran ve kalçanın geçici osteoporozu saptanan bir erkek olgudan bahsedilecektir. Bu vaka sunumunun amacı; ani başlayan kalça ağrısında ayırıcı tanıda kalçanın geçici osteoporozunun da akla gelmesi gerektiğini vurgulamak ve bu konudaki literatürü gözden geçirmektir.

Anahtar sözcükler: Gebelik; kalçanın geçici osteoporozu; kemik doku ödemi; magnetik rezonans görüntüleme.

Atıf için yazım şekli: "Çiftci S, Doğu B, Terlemez R, Yılmaz F, Kuran B. Transient Osteoporosis of the Hip: A Case Report. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(4):505-507".

Kalçanın geçici osteoporozu (KGO); genellikle iyi seyirli ve kendini sınırlayan idiopatik bir hastalıktır.^[1] Genellikle erkeklerde hayatın 4-5. dekadında, 3.trimesterdeki gebelerde ve erken postpartum dönemde görülür. Klinik öykü ve muayene sonrası tanı koymada en önemli yöntem, magnetik rezonans görüntüleme (MRG) dir.^[2,3] Bu vaka sunumunda; KGO saptanan erkek olgu üzerinden, KGO'nun tanı ve tedavisinde bahsedilecektir. Hastanın bilgilendirilmiş onamı alınarak vaka sunumu hazırlanmıştır.

Olgu Sunumu

43 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir aydır olan giderek şiddetlenen sol kalça ağrısı ve yürümede güçlük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsü sorgulandığında; ağrının ani başladığı, travma olmadığı, özellikle yürürken şiddetlendiği öğrenildi. Özgeçmiş sorgulandığında hastanın sigara kullandığı, alkol kullanmadığı, bilinen bir

hastalığının olmadığı öğrenildi. Sürekli kullandığı bir ilaç yoktu. Daha önce kalça ağrısı için medikal tedavi aldığı ve fayda görmediği öğrenildi.

Hastanın yapılan muayenesinde; kalça eklem hareket açıklığı; sağda açık, solda iç rotasyonun 20°, diğer yönlere açık saptandı. Ayrıca solda fabere testi pozitif olarak değerlendirildi. Yürürken sol bacağına ağırlık vermekten çekindiği görüldü.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinde; C-Reaktif Protein(CRP) düzeyi 6 mg/L, 25-Hidroksi Vitamin D düzeyi ise 20,6 ng/mL, hemogram ve geniş biyokimya tahlilleri normal sınırlarda saptandı. Pelvis anteroposterior grafide belirgin patoloji saptanmadı. Bunun üzerine ileri tetkik olarak sol kalça MRG istendi. MRG'de femur başında ve boynunda yoğun medüller ödem, sol kalça eklemde lobülasyon gösteren sıvı ve küçük loose body bulguları izlendi. (Şekil 1, 2) Travma öyküsü olmayan hastada ön planda KGO düşünüldü. Bunun üzerine Dual-energy X-ray Absorptiometer(DXA) ile kemik

*YAZININ YAZARDAN GELEN TÜRKÇE ÇEVİRİSİDİR.

Yazışma Adresi: Selda Çiftci, MD. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 555 777 58 87 **E-posta:** seldavd@gmail.com

Başvuru Tarihi: 30.10.2018 **Kabul Tarihi:** 29.04.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 11.12.2020

©Telif hakkı 2019 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfalthop.org

OPEN ACCESS This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).





Şekil 1. T1-Turbo inversion recovery magnitude (TIRM) koronal MRG.



Şekil 2. T1-Turbo spin echo (TSE) koronal MRG.

mineral yoğunluğuna(KMY) bakılan hastada, lomber 2-4 seviyesinde T-skoru -1.3, femur boynu T-skoru -1.7 olarak saptandı.

Hastaya ön planda konservatif tedavi verilmesi planlandı. Hastaya istirahat önerildi, femur başına binen yükü azaltmak için yürümeye yardımcı cihaz kullanımı önerildi, egzersizleri öğretildi. Ağrı kontrolü için non-steroid anti-inflamatuar ilaç(NSAİİ) tedavisi başlandı. Bifosfonat tedavisi başlanması önerildi, ancak hastanın kullanmak istememesi üzerine başlanmadı. Kalsiyum karbonat+kolekalsiferol tablet ve D vitamini damla tedavisi de eklenerek 1 ay sonra poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Tartışma

KGO; idiopatik, genellikle kendini sınırlayan, orta yaş erkek ve gebe kadınlarda görülen ve travma öyküsü olmadan kalça ağrısıyla başlayan çok da yaygın olmayan bir kalça ağrısı tablosudur.^[4] İlk kez 1959 yılında Curtiss ve Kincaid tarafından unilateral veya bilateral kalça ağrısı olan üçüncü trimestirdaki gebe kadınlarda tanımlanmıştır. Radyolojik görüntülemelerde femur başında ve az da olsa femur boyunda demineralizasyonu görmüş ve birkaç ay sonra kendiliğinden düzeldiğini gözlemlemişlerdir.^[5] 1988'de Wilson ve arkadaşları aynı klinik tabloyu 'Geçici Doku Ödemi Sendromu' olarak adlandırmışlar, DXA ile KMY'lerine bakıldığında normal veya osteopenik olarak saptarken, MRG'de T1 sekansında hipointens, T2 ve STIR sekanslarında hiperintens sinyal değişikliği olduğunu bildirmişlerdir.^[6] Literatüre bakıldığında; KGO'nun Geçici Kemik Ödemi Sendromu, Geçici Gezici Osteoporoz, Bölgesel Geçici Osteoporoz gibi isimlerde adlandırıldığını görmekteyiz.^[7] Ayrıca kalça dışında; diz, ayakbileği, ayak, vertebra ve omuzda geçici osteoporozun bildirildiği vakalar vardır.

KGO, üç evreye ayrılır. İlk evrede akut kalça ağrısıyla beraber kemik dokuda ödem görülürken, ikinci evrede kemik dokuda rezorbsiyonun arttığı ve demineralizasyonun olduğu görülür. Üçüncü evredeyse hastalığın klinik ve radyolojik olarak gerilediği görülür.^[8,9] Doğru bir konservatif tedavi ile ortalama 6 aylık sürede iyileşme görülür.^[10]

Gebelik KGO için bildirilen en yaygın risk faktörü olsa da, literatüre bakıldığında insidansın erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür ve bildirilen median yaş 40'tır.^[7] Nadiren travma, alkol tüketimi, sigara kullanımı, kortikosteroidler, hipertiroidi, hiperfosfatemi, düşük testosteron ve D vitamini düzeyi, damar patolojileri, inflamasyon, ilaç kullanımı veya osteogenesis imperfektaya bağlı olarak görülebilir.^[11]

KGO'lu olgularda KMY'de azalma görülürken bunun kemik ödemi ve mikrofraktürle ilişkisi net değildir. Lezyon bölgesinden yapılan biyopside, kemik turnover markerlarında artış saptanırken, serum konsantrasyonundaki düzeylerinde artış görülmez.^[7,12]

MRG; KGO'yu göstermede en iyi yöntemdir. Öyle ki; semptomlar başladıktan sonraki ilk 48 saat içerisinde kemikteki ödem gösterebilir.^[9] Malignite, osteomyelit ve inflamatuvar artritlerin dışlanması sağlar. T1 sekansında izointens, T2 ve STIR sekanslarında hiperintens, homojen paternde, sınırları belirgin olmayan, diffüz ödem görülür. Burada ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken stres fraktürü ve avasküler nekroz (AVN)'dur. Stres fraktüründe düzensiz bir çizgi olurken, AVN'de femur başında deformite, hilal işareti, fokal ve subkondral değişikliklerin olması tanıyı kolaylaştırır.

rabilir. Ayrıca AVN'nin etiolojisindeki risk faktörleri de yol gösterici olabilir.^[10]

KGO'nun tedavisi primer olarak konservatiftir. Konservatif tedavi; kemik resorpsiyonunu azaltırken, yenilenme için gerekli süreyi tanıır. Ağrının intraosseos basıncın artması, venöz hipertansiyon, fokal kemik turnoverında artış, mikrofraktür ve perisoteal irritasyondan kaynaklandığı düşünülür.^[7] Konservatif tedavi; minimal yük verme, istirahat, yürümeye yardımcı baston ya da kanedyen gibi cihazların kullanımı, sıcak torba, ultrason, interferansiyel akım gibi fizik tedavi yöntemleri ve analjeziklerin kullanımından oluşur.^[10] Medikal tedavi olarak ise literatürde küçük boyutlu, randomize ve kontrollü olmayan vaka çalışmalarında bifosfonat, kalsitonin ve teriparatidin kullanıldığını görmekteyiz. Kullanım süresi konusunda belirgin bir kılavuz bulunmamakla birlikte, KGO'lu gebelerde bifosfonat tedavisinin fetal malformasyonlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.^[10, 13] Kalsitoninin plasentadan geçememesi nedeniyle gebelerde kullanımı daha güvenlidir.^[14] Kor dekompresyon tedavisi AVN'de başarılı sonuçlar verirken KGO'da medikal tedaviye üstünlüğü gösterilememiştir.

KGO, genellikle kendini sınırlasa da subkapital fraktür ve femur boyun fraktürü görülebilmektedir, literatürde AVN'e giden vakalar bildirilmiştir.^[10, 15]

Sonuç olarak; kalça ağrısının ayırıcı tanısında KGO da akla gelmelidir. Tanısı net olarak MRG ile konmalı ve ön planda konservatif tedavi yapılmalıdır. Ancak medikal tedavi konusunda daha geniş ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Açıklamalar

Bilgilendirilmiş onam: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – S.Ç.; Tasarım – B.D.; Kontrol – F.Y., B.K.; Materyal – R.T.; Veri toplama ve/veya işleme – S.Ç.; Analiz ve/veya yorumlama – B.D., R.T.; Kaynak taraması – S.Ç.; Yazan – S.Ç.; Kritik revizyon – F.Y., B.K.

Kaynaklar

1. Mirza R, Ishaq S, Amjad H. Transient osteoporosis of the hip. *J Pak Med Assoc* 2012;62:196–8.
2. Korompilias AV, Karantanas AH, Lykissas MG, Beris AE. Transient osteoporosis. *J Am Acad Orthop Surg* 2008;16:480–9.
3. Pande K, Aung TT, Leong JF, Bickle I. Transient Osteoporosis of the Hip: A Case Report. *Malays Orthop J* 2017;11:77–8.
4. Rajak R, Camilleri J. An unusual cause of hip pain. *BMJ Case Rep* 2011;2011:bcr0720114456.
5. Curtiss PH Jr, Kincaid WE. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. A report of three cases. *J Bone Joint Surg Am* 1959;41-A:1327–33.
6. Wilson AJ, Murphy WA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow edema? *Radiology* 1988;167:757–60.
7. Patel S. Primary bone marrow oedema syndromes. *Rheumatology (Oxford)* 2014;53:785–92.
8. Cano-Marquina A, Tarín JJ, García-Pérez MÁ, Cano A. Transient regional osteoporosis. *Maturitas* 2014;77:324–9.
9. Szwedowski D, Nitek Z, Walecki J. Evaluation of transient osteoporosis of the hip in magnetic resonance imaging. *Pol J Radiol* 2014;79:36–8.
10. Asadipooya K, Graves L, Greene LW. Transient osteoporosis of the hip: review of the literature. *Osteoporos Int* 2017;28:1805–16.
11. Rader CP. Transient osteoporosis and osteonecrosis of the femoral head. Risk factors, classification and differential diagnosis. [Article in German]. *Orthopade* 2007;36:423–4, 426–9.
12. Berger CE, Kröner AH, Minai-Pour MB, Ogris E, Engel A. Biochemical markers of bone metabolism in bone marrow edema syndrome of the hip. *Bone* 2003;33:346–51.
13. O'Sullivan SM, Grey AB, Singh R, Reid IR. Bisphosphonates in pregnancy and lactation-associated osteoporosis. *Osteoporos Int* 2006;17:1008–12.
14. Laktasic-Zerjavic N, Curkovic B, Babic-Naglic D, Potocki K, Prutki M, Soldo-Juresa D. Transient osteoporosis of the hip in pregnancy. Successful treatment with calcitonin: a case report. [Article in German]. *Z Rheumatol* 2007;66:510–3.
15. Berman N, Brent H, Chang G, Honig S. Transient osteoporosis: Not just the hip to worry about. *Bone Rep* 2016;5:308–11.