

KISA DALGA DIATERMI İLE TEDAVİ ETTİĞİMİZ BİR INTERMITTENT HİDRARTROZİS VAK'ASI

Dr. Fuat DINİZ*

Ö Z E T

Bu yazıda literatürde az raslanması dolayısıyla bir intermittent hidrartrozis vak'asının özellikleri vak'amızda poliartiküler klinik ve radyolojik belirtilerin ortaya çıkmayışı, hastalığın romatoid artrit'in başlangıç belirtileri veya semptomatik tipte bir tablo olmayıp, idiyopatik tipte hakiki bir intermittent hidrartrozis vak'ası olduğunu doğrulamaktadır. Hastalığın gidişi esnasında uygulanan kısa dalga diatermi tedavisi ile olumlu sonuçlar alınmıştır.

Giriş :

Genellikle dizlerde olmak üzere periodik eklem şişmeleri ile kendini gösteren ve kronik bir hastalık olan intermittent hidroartrozis ilk defa 1845 tarihinde yayınlanmıştır. Bugüne kadar yayınlanan vak'a sayısının ancak 140-150 civarında oluşu hastalığa oldukça az rastlandığını ortaya koymaktadır. Yayınlanan vak'alarda yaş dağılımı 7-60 yaşlar gibi geniş bir dağılım göstermekte ise de genellikle genç yaşlarda ve öncelikle puberte devresindeki genç kızlarda ortaya çıkmaktadır. Hastalığın etyolojisi bilinmemektedir. Çeşitli etyolojik faktörler ile ri sürülmüşse de, bunların hiç biri uzun ömürlü olmamıştır. Hormonal değişikliklerle alâkası gösterilmiştir (1,3,8).

Enfeksiyöz veya alimanter kökenli allerjik bir nedenle anjiönörotik bir ödem şeklinde ortaya çıkabileceği düşünülmüştür. Rinitis vazomotrika ve astma bronşiyale ile birlikte görülen rezidivan diz enfüzyonları allerjik bir nedene hak verdirecek gözlemlerdir. (SONNESCHEIN 1952, COPEMAN 1955). Ancak bu hastalıklarda ortaya çıkan diz enfüzyonları intermittent hidrartroziste görülen periodik ataklar şeklinde değildir (3,10).

* İst. Üniv. Tıp Fak. Fizik Tedavi - Rehabilitasyon Kürsüsü Doçenti

Rezidivlerle kendini gösteren eklem efüzyonları makro ve mikro travmaların veya enfeksiyöz metastatik nedenlerin sorumlu olduğu çeşitli hastalıklarda da ortaya çıkabilir. Bu tip vak'alar semptomatik intermitten hidrartrozis veya intermitten hidrartrozis sendromu olarak isimlendirilir (3). Romatoid artrit'in ilk devrelerinde de bu tip rezidiv eklem efüzyonları görülebilir ve daha sonra hakiki hastalık tablosu ortaya çıkabilir. Bu bakımdan hakiki idiyopatik intermitten hidrartrozis teşhisinden emin olmak için bu tip bulgular verebilecek hastalıkları elimine etmek ve vakayı uzun süre takip etmek gerekir.

Hastalık her ne kadar iki taraflı olabilirse de genellikle yalnız bir diz tutar. Diğer eklemler ender olarak tutulur (ayak bileği, kalça). Genellikle bir dizde ani bir şişme hafif veya orta derecede ağrı ve hareket kısıtlılığı ile ani bir başlangıç vardır. Bu esnada belirli lokal enflamasyon bulguları yoktur. Palpasyonla eklem kapsülü normaldir. Ateş, malez hali, anoreksi, kilo kaybı veya kas zayıflaması gibi genel bir hastalığı düşündürecek bulgular yoktur. Üç veya beş gün içinde eklem şişliği gittikçe azalarak kaybolur ve diz eklemi normal hale gelir. Bu arada iyilik devrelerinde patolojik hiç bir belirti yoktur. Her şahıs için belirli olan ve şahıstan şahısa değişen bir zamandan sonra eklem şişliği tekrar ortaya çıkar ve periodik bir şekilde devam eder. Bu süre genellikle 7-21 gün arasında değişir. Bu periodik atakların bazıları menstürasyon siklusuna da uygunluk gösterebilir. Hastalık bu şekilde senelerce sürebilir (1).

Hastalığın uzun seyrine göre prognoz iyidir. Hafif derecede bir romatoid artritiste görülebilecek bir malûliyet dışında bir sakatlığa yol açmaz. Genellikle hastalık bir remisyona son bulur.

Hastalıkta laboratuvar araştırmaları patolojik değerler göstermez. Sedimentasyonu, hemogram, astro normal değerler verir.

Latex Rheuma faktör testi negatiftir. Sinovyal sıvıda karakteristik değişiklikler görülmez (8).

Anatomopatolojik olarak hasta eklemi sinovyal membranında yuvarlak hücre infiltrasyonu ve villoz hipertrofisi ile permanent ve progressif bir Sinoviyitis tespit edilir. Hastalıkta kati bir tedavi şekli yoktur. Tam remisyona oluncaya kadar supportif bir tedavi tavsiye edilir. Fokal enfeksiyonlar temizlenir, diet verilir. Antienflamatuvar, antihistaminik ve ergo preparatları kullanılabilir. Radyoterapi, diatermi ve gerekirse sinovyektomi uygulanabilir (2,6,7).

Vak'a : M.G. 18 yaşında bir kız talebe.

İlk şikâyetleri 1966 yılında sol dizde aniden teşekkül ed

şişlik ile başlamış. İstirahat halinde pek fazla olmamakla beraber yürüme ve hareketle ağrısı artıyor, yürümesini güçleştiriyormuş. Bu şikâyetler

devresinden sonra aynı şikâyetler yine aynı dizde tekrarlamış ve şikâyetleri 8 gün sonra tamamen gerilemiş. Ancak bir haftalık bir iyilik muhtelif antiromatizmal ilaçlardan istifade etmemiş. Aralık 1966 tarihinde sol dizde şiş ve ağrı şikâyetleriyle kliniğimizde tetkik altına aldığımız hastamızın yapılan sistem muayenesinde kronik bir tonsilitis dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Sol diz mafsalı 3 cm. şiş, konturlar silinmiş (Resim 1-2) lokal hareket yok, mafsal çevresi palpasyonla ağrılı, hareketle ağrı mevcut, hareket kısıtlılığı yok. Sed. 1/2 saatte 2 mm. 1 saatte 5 mm. 2 saatte 13 ml. ASTO 300 Todd ünitesi, Latex R.F. (—), Wasserman (—), Latex CRP testi (—).

sinde patolojik bulgu yok (Resim 3). Hastaya başlangıçta uzun süre uygulanan ve netice alınamıyan oksifen butazon, Flufenamik asit ve salisilat tedavilerinden sonra Mayıs 1969 da tonsilektomi yapıldı. An-



Resim : 1



Resim : 2

cak şikâyetlerinde belirli bir fark husule gelmedi. 20 seans uygulamadan sonra hecmelerin



Resim : 3

rahat bir şekil alması şeklinde bir iyilik elde edilerek tedaviye son verildi. Ancak dört ay sonra şikâyetlerinin tekrar belirli bir hal alması üzerine kısa dalga diatermi tedavisine tekrar başlandı. 3-4 aylık salâh yaratan sonuçlarla tedavi Nisan 1971'e kadar 20 şer seanslık kürler halinde, toplam dört kür uygulandı. Hastada halen periodik mafsalsız atakları devam etmektedir. Bunlar bir şikâyet yapmıyacak kadar az mafsalsız şikâyetleri şeklindedir.

Tartışma :

Hastalığın periodik ataklarla ve uzun süreli tipik klinik gidişi ön planda bir intermitten hidrartrozisi düşündürmektedir. Monoartiküler eklem şişlikleri çeşitli hastalıklarda görülebilir ve bazan periodik bir gidiş de gösterebilir. Literatürde semptomatik irtermittent hidrartrozis veya hidrops intermitten sendromu olarak isimlendirilen bu tip bir klinik tablonun varlığını belirtecek lokal veya sistemik bir klinik bulgu vak'amızda mevcut değildir. Vak'amızda yapılan röntgen ve laboratuvar araştırmaları da böyle bir klinik tablonun ortaya çıkışında sorumlu olabilecek primer bir hastalığın varlığını gösterecek en ufak patolojik bir bulgu göstermemektedir. Böyle bir klinik tabloyu taklit edebilecek sifilitik artrit, clutton eklemi travmatik artrit, artroz; Tb. artrit, liposinovitis infropatellaris sinovitis villoza pigmentoza gibi hasta-

lıkla, hastanın yaşı, anamnezi ve bu hastalıklara ait klinik ve laboratuvar bulguların bulunmayışı gözönüne alınırsa kolaylıkla ekarte edilebilir. Literatürde intermitten hidrartrozis'in Rh artritisi veya Spondil-artritisin başlangıcında, henüz bu hastalıklara ait klinik ve laboratuvar bulguların ortaya çıkmadığı devrede bir ön bulgu olarak görülebildiği söylenmektedir. Vak'mızda 5 sene gibi uzun bir süreye rağmen herhangi bir lokal ve sistemik klinik ve laboratuvar bulgunun ortaya çıkmayışı bu olasılıktan bizi uzaklaştırmaktadır. Ayrıca bu uzun sürede hasta eklemde sabit ve belirli bir harabiyet ve fonksiyon kaybının ortaya çıkmayışı da yine idiyopatik tipte hakiki bir intermitten hidrartrozis hastalığını doğrulayan bir husustur (9).

Hastalığın tedavisinde etiyolojik nedenin bilinmeyişi dolayısıyla genellikle semptomatik tipte çeşitli tedavi metodları denenmiş ve tavsiye edilmiştir. Hastalığın uzun süren gidişine rağmen belirli bir sakatlık bırakmaksızın tam bir remisyona son bulacağı ve hastalığın gidişini durduracak bir tedavi vasıtasının bulunmadığı göz önüne alınırsa uygulanacak tedavinin, hastalığın remisyonu oluncaya kadar mevcut bulguları giderecek veya azaltacak yan tesirleri ve tehlikesi en az olan bir vasıta olması gerekir. Vak'amızın uygulanan tonsilektomi, antienflamatuvar ilaçların kullanılması belirli bir iyilik göstermediler. Antienflamatuvar ilaçların uzun süre kullanılması da bilinen yan tesirleri dolayısıyla uygun değildir. Radyoterapi ve intraartiküler kortikoid enjeksiyonları ve gerekirse sinoviyektomi tavsiye edilen tedavi uygulamaları içinde yer alırsa da tehlikeleri ve yan tesirleri yanı sıra radikal bir tedavi olmamaları nedeni ile tercih edilecek tedavi vasıtaları değildirler (6,7). Hastalığın kronik bir sinoviyitis olduğu ve kronik enflamatuvar eklem hastalıklarında kısa dalga diaterminin bilinen olumlu tesirleri dolayısıyla vak'amızda uyguladığımız tedavi şeması ile periodik atakların çok hafif şekilde geçmesi ve bir şikâyet yapmıyacak seviyeye inmesi şeklinde olumlu bir sonuç aldık. Kısa dalga diaterminin uygun tatbiklerinde belirli bir yan tesiri görülmediğine göre, kısa dalga diatermi, intermitten hidrartrozisin tedavisinde yer alabilecek bir vasıttadır.

ZUSAMMENFASSUNG

Beschreibung eines intermitten Hydrarthrosis Falles, der von uns mit Kurzwellen Diathermie behandelt wurde.

Da in der Literatur ziemlich selten zutreffende Fall ist, wurde in diesem Artikel die Eigenschaften einer intermitten hydrarthrosis Fall diskutiert. Bei der 5 Jahre lang beobachteten patientin wurde weder, klinisch noch radiologisch poli-artikuläre gelenk Erscheinungen festgestellt. Diese Befunde überweisen dass, die Fall nicht Vorerscheinungen einer romatid arthritis oder eine semptomatische Fall

LITERATÜR

- ist, sondern eine echte idiopatische intermittent hydrarthrosis ist. Beider Ablauf der Krankheit durchgeführte kurzwellen diathermie Behandlung gab eine gute Ergebniss.
- 1 — BACH, T. F. : Arthritis and related conditions. F. A. Company publishers. Philadelphia, 1948.
 - 2 — BURT, H. A. : Heat in chronic rheumatic Diseases, in therapeutic. Heat and cold, Elizabeth Licht publ. Newhaven 1965.
 - 3 — COPEMAN, W. S. : Textbook of the rheumatic Diseases, Edinburg : Livingstone 1954.
 - 4 — GROSS, D. : Klinik der rheumatischen Erkrankungen. Springer verlag, Berlin 1970.
 - 6 — GROSS, D., ENDERLIN, M. : Beitrag zur Behandlung der progredient chronischen poliartthritis mit antimetaboliten und Cytostatica, Zschr. Rheum. Forsch, 26, 26, 1967.
 - 6 — LICHT, S. : Physical therapy in arthritis, in arthritis and physical medicine. Elizabeth Licht publ. Newhaven 1969.
 - 7 — LONDON, P. S. : Synovectomy of the knee in rheumatoid arthritis. J. Bone. Joint Surg. 37 B 392, 1955.
 - 8 — RAGAN, C. : Arthritis and allied conditions Lea Febiger. Philadelphia 1967.
 - 9 — SHORT, C. L., BANER, W., REYNOLDS, W. : Rheumatoid arthritis. Harvard Üniv. Press Cambridge, Massachusetts, 1957.
 - 10 — SONNENSCHNEIN, A. : Biologie, pathologie und therapie der Gelenke. Benno-Schwabe U. Co. Basel 1952.