

İdiyopatik Bilateral Ayak Bileği Artrozu: Olgu Sunumu

Idiopathic Bilateral Ankle Arthrosis: Case Report

¹Ayhan Erzincanlı, ¹Kerem Bilsel, ¹Mehmet Emin Erdil, ¹Tahsin Çayır, ¹Yunus İmren, ¹İbrahim Tuncay

¹Bezmialem Vakıf
Üniversitesi, Ortopedi ve
Travmatoloji Anabilim
Dalı, İstanbul.

Yazışma Adresi:

Uzm. Dr. Ayhan Erzincanlı

Tel: 05059140256

e-mail:

aerzincanlı2000@hotmail.com

Özet

Ayakbilek artrozu diğer artrozlara göre nadir görülmektedir. Nedenler arasında travma, romatolojik hastalıklar, enfeksiyon, kondral hasar ve osteonekroz bulunmaktadır. Etyoloji, tedavi için önemlidir. 37 yaşında erkek hasta birkaç yıldır her iki ayak bileğinde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle başvurdu. Sistemik hastalık, ilaç veya travma öyküsü yoktu. Radyolojide bilateral eklem yüzlerinde artrozik değişiklikler, subkondral kistik lezyonlar saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde herhangi patoloji saptanmadı. İğne biyopsisinde artroz dışında özellik yoktu. Primer ayak bileği artrozu özellikle gençlerde çok nadir görülen bir durumdur. Konservatif tedavinin yanında debridman, artrodez ve artroplasti başlıca cerrahi seçeneklerdir. Bu çalışmada erken yaşta bilateral idiyopatik ayak bileği artrozu saptanan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ayak bileği, artroz, tedavi

Abstract

Osteoarthritis of ankle is rarely seen than other joints. Causes include trauma, infection, chondral injury and osteonecrosis. Etiology is important for treatment. 37-year-old man was admitted with complaint of bilateral ankle pain for years. There was no history of systemic disease, drug or trauma. On views, bilateral ankle arthrosis with cystic changes in both articular subchondral bones was clearly detected. Laboratory tests were normal. No accompanying pathology was detected. Biopsy yielded osteoarthritic changes. Primary ankle osteoarthritis in young is extremely rare, and surgical treatment mainly includes debridement, arthrodesis and arthroplasty. This paper discusses idiopathic bilateral ankle arthrosis in early age.

Key words: ankle, arthrosis, treatment

Giriş

Dünya nüfusunun yaklaşık %15 i osteoartroz nedeniyle rahatsızlık yaşamakta ve osteoartrozların da yaklaşık %1'i ayak bileğini ilgilendirmektedir (1,2). Genel olarak ayak bileği osteoartrozu primer ve sekonder olarak sınıflandırılabilir. Ayak bileği artrozu kalça ve dizden farklı olarak en sık travmaya sekonder olarak gelişmektedir (1,3). Sekonder nedenler arasında ayrıca romatolojik hastalıklar, enfeksiyon, kondral yaralanmalar ve avasküler nekroz bulunmaktadır. Primer ayak bileği artrozu özellikle genç popülasyonda çok nadir görülen bir durumdur ve sıklıkla unilateraldir (3-5). Çalışmamızda nadir görülen, distal tibiyanın da yoğun biçimde etkilendiği idiopatik bilateral ayak bileği osteoartrozu bulunan bir olgu sunmayı amaçladık.

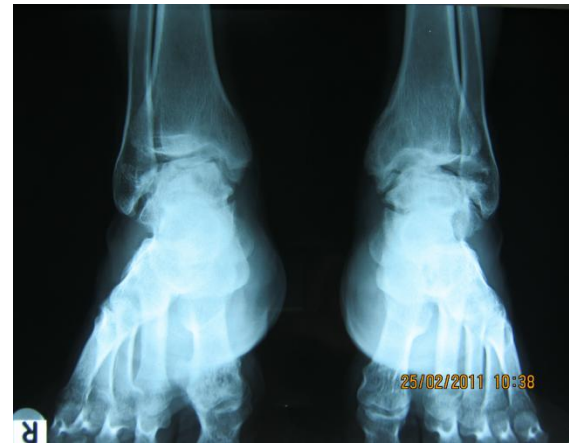
Olgu Sunumu

Otuzyedi yaşında erkek hasta yaklaşık 30 yıldır devam eden her iki ayak bileğini ilgilendiren kronik ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın travma öyküsü yoktu. Alkol, sigara ve kortikosteroid kullanım öyküsü mevcut değildi. Sistemik hastalık tariflenmedi. Düzenli sportif aktivitede bulunulmadığını ifade eden hastanın tekrarlayıcı mikrotravma anamnezi mevcut değildi. Fizik muayenede her iki ayak bileği hareketlerinin ağırlı olduğu görüldü. Diğer eklem muayenelerinde özellik saptanmadı. Hareket açıklığı sağ ayak bileği dorsifleksiyon 10°, plantar fleksiyon 20°, sol ayak bileği dorsifleksiyon 10°, plantar fleksiyon 30° idi. Subtalar eklem hareketleri ağrısız ve kısıtlılık yoktu.

Hastanın her iki ayak bileği AP, lateral ve mortis grafilerinde solda daha

belirgin olmak üzere, her iki talus domunda ve distal tibiada subkondral kistik lezyonlar izlendi (Şekil 1A,1B, 1C). Bilateral ayak bileği tomografisi ve MR'ında solda daha belirgin olmak üzere her iki talus domunda kollaps, distal tibiada subkondral kistik değişiklikler, talotibial, talofibular, talokalkaneal ve talonavikular eklemlerde artrozik değişiklikler saptandı (Şekil 2A, 2B, 2C, 2D, 3A, 3B).

Şekil 1A. Kistik Lezyonlar



Şekil 1B. Tibiada kistik lezyonlar

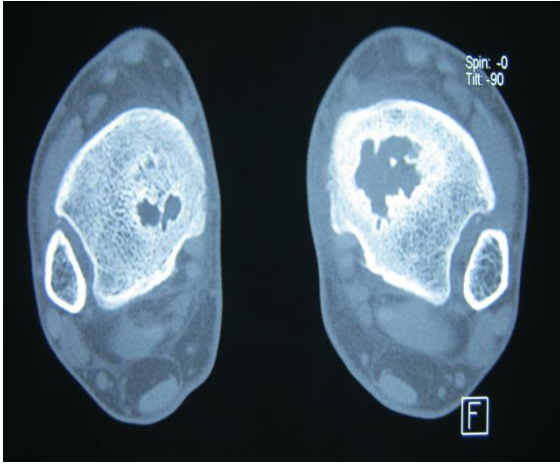


Hastanın her iki kalça, diz, omuz, dirsek, el bileği grafilerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde her iki distal tibiada aktivite artışı görüldü.

Şekil 1C. Kistik Lezyonlar



Şekil 2A. Talonavikular eklemdede artrozik değişiklikler



Şekil 2B. Artrozik değişiklikler



Rutin biyokimyasal incelemede Laktat dehidrojenaz (LDH) yüksekliği, hafif düzeyde kolesterol ve trigliserid yüksekliği dışında özellik yoktu. Lökosit: 11800 /mm³, Eritrosit sedimentasyon hızı: 7, C

Reaktif Protein: 0.04 idi. Romatoid faktör, Anti-nükleer, Anti-mitokondrial antikor değerleri normal sınırlardaydı. Protein ve hemoglobin elektroforezinde patolojik bulguya raslanılmadı. Hastaya bu laboratuvar bulgularıyla hematoloji, romatoloji ve metabolizma hastalıkları konsültasyonları istendi ve sonrasında herhangi bir patoloji olmadığı rapor edildi. Hastanın sağ ayak bileği ekleminden alınan sinovyal biyopsisinde özellik yoktu.

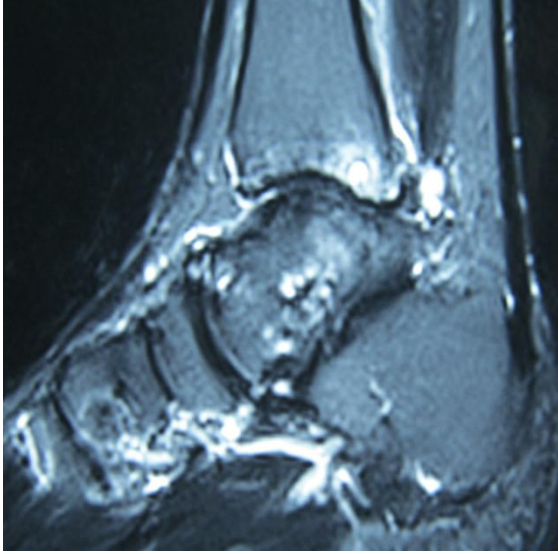
Şekil 2C. Artrozik değişiklikler



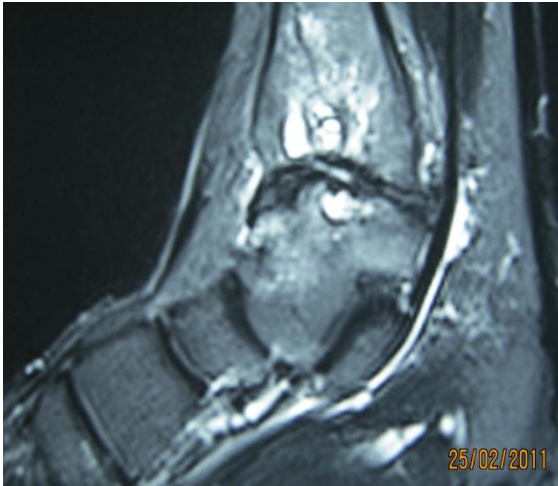
Şekil 2D.



Şekil 3A. Artrozik değişiklikler



Şekil 3B. Artrozik değişiklikler



Tartışma

Ayak bileği osteoartriti gerek prevelansı, gerek klinik tablo ve gereksede tedaviye yanıt olarak diğer eklem osteoartritlerinden farklılıklar göstermektedir. Etiyolojik faktörün ortaya konması tedavinin planlanması açısından önemlidir.

Malleol kırıkları, pilon tibia kırıkları, talus kırıkları, ayak bileği ligaman yaralanmaları travmatik nedenler arasındadır. Atravmatik nedenler arasında romatoid artrit, postinfeksiyöz artrit, hemokromatoz, hemofili, pes planus,

osteokondritis dissekans ve talus avasküler nekrozu bulunmaktadır. Avasküler nekroz sıklıkla travmaya sekonder olarak oluşmakla birlikte etyolojisinde steroid kullanımı, romatolojik hastalıklar, diyaliz bağımlılığı, hiperürisemi, hiperlipidemi, orak hücreli anemi, sigara ve alkol kullanımı, pankreatit, kronik mikrotravma, protein C-S eksikliği gibi pek çok başka faktör de rol almaktadır (6-12,14,15) . Herhangi bir travma öyküsü olmayan hastamızda travma dışı nedenler araştırıldı. Özgeçmişinde etyolojiyi destekleyecek anamnez bulgusu yoktu. Biyokimyasal tetkiklerinde anlamlı değişiklikler saptanmadı. Romatoloji, hematoloji ve metabolizma hastalıkları konsültasyonlarında patolojik bulgu rapor edilmedi.

Bilateral idiyopatik atravmatik talus nekrozu literatürde nadir olarak bildirilmiştir. Dall ve arkadaşları 2, Delanius ve arkadaşları 1, Reddy ve arkadaşları 1 adet bilateral idiyopatik avasküler nekroz olgusu yayınlamışlardır (14,16,17). Hastamızda bilateral talus domda kollapsla beraber geniş subkondral kistik lezyonların görülmesi talus avasküler nekrozun etyolojide rol alabileceğini düşündürmekle beraber bilateral distal tibiada geniş alanda kistik değişiklik, olgunun bilateral olması ve etyolojiye yönelik belirgin bulgu saptanamaması avasküler nekroz tanısından uzaklaşmamıza neden oldu.

Hastamızda bilateral distal tibiada avasküler nekrozla uyumlu değişiklikler saptanması artrozun primer olarak distal tibiadan başlamış olabileceğini düşündürdü. Jose Gasko ve arkadaşları atravmatik distal tibia epifiz nekrozu saptanan bir hasta sunmuşlardır (18) .

Hastamızın yapılan fizik muayenesinde artrozla uyumlu olarak ağrı ve eklem hareket açıklığında azalma saptandı. Osteoartrozda görülen eklem aralığında azalma, subkondral kist, skleroz ve osteofit formasyonunun tümü hastamızda izlendi. Her iki talus domunda ve distal tibialarda kistik lezyonları mevcuttu. Bu bulgular artrozun talus avasküler nekrozu veya distal tibia avasküler nekroz sonrası oluşmuş olabileceğini düşündürdü. Yapılan tüm laboratuvar tetkikleri ve konsültasyonlar sonucu etyoloji saptanamadı.

Ayak bileği artrozu vakaları cerrahi dışı veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Hastanın yaşı, kliniği, aktivitesi ve hastanın beklentisi tedavi seçimini belirleyen unsurlardır

Konservatif tedavi seçenekleri aktivite modifikasyonu, non-steroid anti enflamatuar ilaçlar, nutrisyonel destek, ortez ve koltuk değneği kullanımınıdır. Cerrahi tedavi seçenekleri arasında artroskopik debridman, artrodez ve artroplastide bulunmaktadır.

Artroskopik girişim sinovyal debridman ve osteofit eksizyonunu içerir ve kısa süreli iyileşme sağlar.

Ayak bileği artrozu vakalarında artrodez günlük hayatı etkileyecek kadar şiddetli kronik ağrı durumlarında ve artroplastinin başarısız olduğu durumlarda endikedir. Artrodez ağrısız stabil plantigrad bir ayak bileği meydana getirir (19-23). Talus eksizyonu ve tibiokalkaneal artrodez, klasik talotibial artrodez, anterior kemik greftiyle artrodez ve posterior tibiotalkaneal artrodez gibi birçok yöntemle artrodez yapılabilir. Özellikle talusta geniş osteonekroz bulunan vakalarda grefonaj ile beraber eksternal tespitle artrodez olumlu sonuçlar vermiştir(24). Kaynamama ve sekonder

subtalar artroz artrodezde görülebilecek en önemli komplikasyonlardır (24).

Artroskopik ayak bileği artrodezi kısa ameliyat süresi, daha az kan kaybı, daha az morbidite ve daha kısa hastanede kalış süresi ile son zamanlarda popülerize olmuştur. İn situ füzyon olarak görülmesi ve belirgin deformitelerin düzeltilememesiyle beraber genç, hareket açıklığı iyi olan hastalarda tercih edilmektedir. Kaynamama ve sekonder subtalar artroz görülmekle beraber tedavide yüz güldürücü sonuçlar elde edilmiştir (25).

Ayak bileği artroplastisi 50 yaşından büyük obez olmayan ve fiziksel aktivitesi yüksek olmayan hastalara uygulanabilecek bir tedavi modalitesidir (26). Subtalar eklem artrozu da bulunan hastalarda artrodez anormal yüklenmelere yol açıp kısır döngüyü artıracığından bu hastalara artroplastide önerilir. Genç hastalarda sıklıkla erken gevşeme nedeniyle revizyona gidilmektedir ve bu hastalarda artrodez daha da ön plana çıkmaktadır (26,27). Erken dönemde enfeksiyon ve medial malleol kırığı görülebilmektedir. Geç dönemde ise kaynamama, komponentlerde dizilim bozukluğu, erken gevşeme, malleolar impingement, enfeksiyon ve başta subtalar eklem olmak üzere ayak eklemlerinde sekonder artroz görülebilmektedir. Genel olarak artroplastide kısa ve uzun dönem sonuçları tatminkar görünmektedir (28-32).

Ayak bileği artrozu mevcut hastaların etyolojisinde travma dışında birçok hastalık mevcuttur ve etyolojik araştırma multidisipliner olmalıdır. Genç hastalarda artrozun primer olabileceği de akılda tutulmalıdır. Genç, aktif ve eklem fonksiyonları doğal olan, radyolojik bulguları ileri derecede patolojik olan hastada etyolojik araştırma ayrıntılı olarak

yapılmış olup hasta primer ayak bileği artrozu olarak değerlendirilmiş ve takip sürecine alınmıştır. Gerekliğinde ilerki dönemde artrodez yada artroplasti seçeneklerinin düşünülebileceği kanısına vardık.

Kaynaklar

1. Peyron JG, Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ. The epidemiology of osteoarthritis. Diagnosis and Treatment. Philadelphia, PA: WB Saunders; 1984:9-27
2. Felson DT. The epidemiology of osteoarthritis: prevalence and risk factors Am. Academy of Orthopaedic Surgeons. 1995;13-24.
3. Cushnaghan J, Dieppe P. Study of 500 patients with limb joint osteoarthritis. I. Analysis by age, sex, and distribution of symptomatic joint sites. Ann Rheum Dis. 1991;50:8-13.
4. Valderrabano V, Horisberger M, Russell I, Dougall H, Hintermann B. Etiology of ankle osteoarthritis. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467:1800-6.
5. Demetriades J, Strauss E, Gallina J. Osteoarthritis of the ankle Joint. Clin Orthop. 1998;349:28-42.
6. Adleberg, J. S. and Smith, G. H. Corticosteroid-induced avascular necrosis of the talus. J Foot Surg. 1991;30:66-9.
7. Baron, M, Paltiel H, and Lander, P. Aseptic necrosis of the talus and calcaneal insufficiency fractures in a patient with pancreatitis, subcutaneous fat necrosis, and arthritis. Arthritis and Rheumat. 1984;27:1309-13.
8. Miskew DBW, and Goldflies ML. Atraumatic avascular necrosis of the talus associated with hyperuricemia. Clin. Orthop. 1980;148:156-159
9. Langevitz, P, Buskila, D, Stewart, J, Sherrard, D. J, and Hercz G. Osteonecrosis in patients receiving dialysis: report of two cases and review of the literature. J. Rheumatol. 1990;17:402-6.
10. Cruess RL. Steroid-induced osteonecrosis: a review. Canadian J. Surg. 1981;24:567-71.
11. Mont MA and Hungerford D. S. Current concepts review. Non-traumatic avascular necrosis of the femoral head. J. Bone and Joint Surg. 1995;77:459-74.
12. Hirota Y, Hirohata T, Fukuda, K, Mori M, Yanagawa H, Ohno Y. and Sugioka Y. Association of alcohol intake, cigarette smoking, and occupational status with the risk of idiopathic osteonecrosis of the femoral head. Am. J. Epidemiol. 1993;137:530-8.
13. Travlos J. , Learmonth ID. Bilateral avascular necrosis of the talus following strenuous physical activity. J Bone Joint Surg Br. 1991;73:863-4.
14. Delanois RE, Mont MA, Yoon TM, Mizell M. and Hungerford D. S. Atraumatic osteonecrosis of the talus JBJS. 1998;8:529-36.
15. Flouzat C.H, Lachanietel, Roussignol X, Poignard A, Mukasa M. M, Manicom O. and Hernigou P. Multifocal joint osteonecrosis in sickle cell disease The Open Orthopaedics Journal. 2009;3:32-5.

16. Dall D, Macnab I. Spontaneous avascular necrosis of the talus: a report of two cases. *S Afr Med J.* 1970;44:44:193-6
17. Reddy VRM, Selzer G, Faisal M, Aldridge M.J. Bilateral idiopathic avascular necrosis of talus: a case report *Foot and Ankle Surg.* 2003;9:35-9.
18. Gascó J, González-Herranz P, Minguez MF, Gil-Albarova R. Avascular necrosis of distal tibial epiphysis: report of two cases. *J Pediatr Orthop B.* 2010;19:361-5.
19. Bishop AT, Wood MB, Sheetz KK. Arthrodesis of the ankle with a free vascularized autogenous bone graft. Reconstruction of segmental loss of bone secondary to osteomyelitis, tumor, or trauma. *J Bone Joint Surg Am.* 1995;77:1867-75.
20. Lynch AF, Bourne RB, Rorabeck CH. The long-term results of ankle arthrodesis *J.B.J.S - British Volume.* 1988;70:113-6.
21. Mazur JM, Schwartz E, Simon SR. Ankle arthrodesis. Long-term follow-up with gait analysis *JBJS.* 1979;61:964-75.
22. Cheng YM, Lin SY, Tien YC, Wu HS. Ankle arthrodesis. *Gaoxiong Yi Xue Ke Xue Za Zhi.* 1993;9:524-31.
23. Papa JA, Myerson MS. Pantalar and tibiototalcalcaneal arthrodesis for post-traumatic osteoarthrosis of the ankle and hindfoot *JBJS.* 1992;74:1042-9.
24. Kitaoka H. B and Patzer G. L. Arthrodesis for the Treatment of Arthrosis of the Ankle and Osteonecrosis of the Talus *J. Bone and Joint Surg.* 1998;80:370-9
25. Winson G, Robinson DE, Allen PE. Arthroscopic ankle arthrodesis *J. Bone and Joint Surg - British Volume.* 2005;87:343-7.
26. Easley M.E, Vertullo C.J, Urban W.C, and Nunley J.A, Total ankle arthroplasty *J.Am Acad Orthop Surg.* 2002;10:157-67.
27. Saltzman CL. Total ankle arthroplasty. State of the art *Ins Course Lect.* 1999;48:263-8.
28. Manes HR, Alvarez E, Llevine LS. Preliminary report of total ankle arthroplasty for osteonecrosis of the talus. *Clin Orthop Relat. Res.* 1997;127:200-2.
29. Rzesacz EH, Gossé F. Management of posttraumatic osteoarthritis of the upper ankle joint by implantation of the S.T.A.R. ankle prosthesis. *Oper Orthop Traumatol.* 2007;19:527-46.
30. Atkinson HD, Daniels TR, Klejman S, Pinsker E, Houck JR, Singer S. Pre- and postoperative gait analysis following conversion of tibiototalcalcaneal fusion to total ankle arthroplasty. *Foot Ankle Int.* 2010;31:927-32.
31. Kofoed H, Sørensen TS. Ankle arthroplasty for rheumatoid arthritis and osteoarthritis: prospective long-term study of cemented replacements. *J Bone Joint Surg Br.* 1998;80:328-32.
32. Wood P.L, Deakin S. Total ankle replacement. The results in 200 ankles. *J Bone Joint Surg Br.* 2003;85:334-41.