

INTERMITANT HİDRARTROZ

Dr. M. Cemil Uğurlu *

İntermitant hidrartroz, isminin de ifade ettiği üzere bir veya birçok eklemde, periyodik olarak aniden sıvı toplanması şeklinde meydana çıkan ve sebebi bilinmeyen, kronik seyirli nadir bir hastalıktır (1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 15, 18). Tıbbi literatürde «Hydrops articulorum intermittens» (5, 12) ve «Hydarthrose périodique» (4, 5,) isimleriyle de zikredilen intermitant hidrartrozla ilgili ilk yayın 1845 yılında Perrin tarafından yapılmış olup (2, 6), C. Ragan, 1966 yılına kadar total olarak 140 civarında vak'a yayınladığını bildirmektedir (13). Bu sayı dikkate alındığında, bu sendromun çok nadir olduğu kabul edilebilirse de müşahade edilmiş vak'aların çoğunun yayınlanmadığını düşünen yazarlar da mevcuttur (15). Son yıllardaki romatizma dergilerinde intermitant hidrartroz tanısına pek az yer ve önem verilmesine dikkati çeken Ragan, bu vak'alara çok defa başka teşhis konulduğunu ve hastalığın özellikle romatoid artritnin hafif bir şekli olarak düşünüldüğünü ifade etmektedir (13).

Genel özellikler :

1. Cins : Bywaters ve Ansell, sendromun her iki sekste eşit oranda olarak görüldüğünü bildirmektedir (2). Fakat ekseri yazarlara göre, hastalık daha ziyade kadınlarda görülmektedir (1, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 17, 18).

2. Yaş : Hastalığın başlangıcı on ilâ kırk beş yaşları arasında değişmekle beraber, daha ziyade 13 ilâ 30 yaşları arasındadır (17). Fakat sendrom her yaşta görülebilir (6, 15). Ragan'a göre vak'aların mühim bir kısmında, hastalık ikinci on yılda (10 - 20 yaşları arasında) başlamaktadır (13). Kadınlarda bilhassa puberte, adolesans çağlarında görülmektedir (4, 6, 15, 18).

* A. Ü. Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve İdroloji Kürsüsü Uzman Asistanı.
A. Ü. T. F. Mec., XXIII, V, 1538 - 1549, 1970

3. Heredite : Bazı vak'alarda hastalık aievî ve irsî bir karaktere sahiptir (2, 6, 13, 15, 17).

4. Irk ve mesleğin hastalığa ilgisi bildirilmemiştir.

5. Lokalizasyon : Hastalığın yerleştiği eklem ekseriya dizdir (1, 4, 5, 6, 12, 13, 15, 17, 18) ve musabiyet çoğunlukla bir taraflı bazan de iki taraflıdır (1, 6, 12, 13, 15, 17). Krizler oligo - artiküler olup, nadir görülen diğer eklemlerdeki musabiyetin sıklık sırasına göre ayak bileği, dirsek, el bileği, kalça, omuz ve temporo - mandibüler eklemler gelir (17). Fakat bütün bu şekillerde, diz hemen daima hastalığa tutulmuştur (17). Mutat olarak, artiküler musabiyetin topografisi her hasta için sabit olmakla beraber bazı vak'alarda iki lokalizasyonun nöbetleşmesi veya birkaç nöbetten sonra bir eklemden diğerine geçiş görülür (17).

Etyopatojeni :

Intermitant hidrartrozun etyopatojenezi henüz pek az bilinmektedir.

Herediter, infeksiyöz, endokrin, allerjik, psişik ve travmatik faktörler gibi muhtelif birçok patojenik mekanizma ileri sürülmüşse de hiç biri ispatlanamamış ve etyopatojenezi izahta yeterli olamamıştır (12). Schlesinger tarafından 1903'de, intermitant hidrartroz ile dev ürtiker (giant urticaria) arasında bir yakınlığın ileri sürülmesi, bu hidrartroz tipi, eklemlerin hakiki anjiyo - nörotik ödemi gibi düşündürmekle beraber, antihistaminik ilâçlar faydalı olamamış ve sorumlu bir antijen de tespit edilememiştir (6, 13).

Hastalığın jenik orijinli artropatiler olarak telakki edilmeye imkân veren bazı şekilleri, herediter ve aievî bir karaktere sahiptir fakat bu şekiller çok nadirdir (6, 13, 15). Intermitant hidrartrozun allerjik tabiatı lehine yorumlanan diğer bulguları, bu vak'alarda aynı zamanda bronşiyal astma, saman nezlesi, ürtiker, Quincke ödemi ve migren gibi allerjik hastalıkların da mevcut olmasıdır (6, 12, 17). Bazı ender vak'alarda hidrartroz, menstrüasyon ile ritmik bir şekil göstermekte (6, 15) ve gebelik esnasında gerilemekte olup (2), bunlarda etyopatojenezde endokrin bozukluklarının rol oynadığı ileri sürülebilir (15). Bazı istisnâî periodik hidrartroz vak'ala-

rında, bir gıda allerjisinin rol oynadığı ve bunlar verilmediği takdirde şifa elde edildiği bildirilmiştir (6, 15).

Etienne May, patojenide vazo - motor dengesizliği kabul etmekte ve bunu eklemdeki vazo - motor sinirlerin hassasiyetinin değişmesiyle izah etmektedir (4).

Bazı intermitant hidrartroz vak'aları, değişik süreli fakat umumiyetle senelerce devam eden bir klinik seyirden sonra, tedricen kronik evolutif poliartrit (romatoid artrit) şekline dönüşmektedir (6, 12, 13, 15, 17, 18). Hastalığın, romatoid artrit başlangıç (initial) belirtisi olmasını mümkün gören Hench (2) veya romatoid artritin atipik bir şekli olabileceğini ifade eden (McCombs) (11) yazarlar mevcuttur.

Klinik belirtiler :

Semptomatolojideki esas unsuru, fasıllı şekilde husule gelen hidrartroz teşkil eder. Hidrartroz spontan ve akut olarak tezahür etmekte (1, 4, 5, 6, 13, 15, 17, 18) ve daha ziyade puberte; adolesans çağlarındaki kız ve kadınlarda görülmektedir (4, 6, 15, 18). Birkaç saatte aniden şişen mafsalda (1, 17), bazen çok fazla miktarı bulan intra artiküler epanşman 48 saat içinde azami derecesine ulaşarak (17), ortalama 3-5 gün devam ettikten sonra, hiç bir objektif iz ve fonksiyonel bozukluk bırakmadan kendiliğinden tamamen kaybolur (6, 12, 13, 15, 18).

Hastalık bilhassa diz eklemine tutmakta, ekseriya bir taraflı, bazen de iki taraflı olarak musap etmektedir (1, 6, 12, 13, 15, 17). Hidrartroz, lokal hararet ve kızarıklıkla müterafık değildir ve hastanın genel durumu bozulmamıştır (6, 12, 13, 15, 18). Eklemde şiddetli olmayan bir ağrı, nahos bir ağırlık hissi ve hareketlerde biraz güçlük mevcuttur (6, 12, 13, 15, 18). İstisnaf vak'alarda mafsalda hafif lokal hararet ve kızarıklık (2), subfebril ateş, halsizlik, eritrosit sedimantasyonunun biraz süratlenmesi gibi bazı hafif genel belirtiler tespit edilebilir (6, 15).

Dizin muayenesinde, intra artiküler epanşmanın miktarına bağlı olmak üzere, az veya çok belirgin patella dalgalanması (Chocrotulion) alınır (6), ve enspeksiyonda patellanın her iki yanındaki olukların (para patellar sulcus'lar) kaybolması dikkati çeker (6). Fazla miktarda sıvı toplandığında, Bonnet kanununa göre (5), si-

novyal boşluk ve en geniş durumunu temin etmek için diz istirahatte iken hafif fleksiyon halindedir (6). Lenfodenopati yoktur.

Hidrartrozun periyodik olarak nüksedişi enteresan ve önemli bir özelliğidir (1, 2, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 17, 18). Nöbetler arası intervaler vak'alara göre değişmekle beraber, her hasta için genellikle muayyen kalmaktadır (5, 13, 15, 17, 18). Yani şahıstan şahısa değişebilen periodisite intervali aynı hastada ise bir nöbetten diğerine değişmemektedir. Interval süreleri 3 - 21 gün arasındadır (6, 12, 13, 15). Periodisitenin intizamı dolayısıyla hastalığa «periodik hidrartroz» ismi de verilmekte olup (4, 5), bazı hastalar nöbet günlerini evvelden bilerek yaşıyışarını ona göre, tanzim ederlerki buna «takvim arazi» denir (4). Bazı vak'alarda hidrartroz krizleri menstrüasyonla ritimlidir (6, 15).

Bazen aynı hastada mevcut siklusun, yeni bir periodisiteye uymak üzere aniden değişmesi müşahade edilir (17). Hastalık belirli bir periodisite içinde senelerce sürebilir (12, 13, 15, 17, 18) fakat vak'aların bazısında böyle bir intizam görülmez; krizler arası sürelerde değişmeler olur, hatta bazan uzun bir zaman, senelerce görülmeyebilir (2, 4, 13). Bir kısım vak'aların ise yıllarca süren bir klinik seyir içinde tedricen romatoid artrite dönüştüğü bildirilmektedir (6, 12, 13, 15, 17, 18).

Röntgen ve laboratuvar bulgular :

Heemeler esnasında ve arasında patognomonik bir röntgen ve laboratuvar bulgusu yoktur. Epizotlarda ve sükûnet devrelerinde genel olarak kan buguları, eritrosit sedimantasyon sürati normaldir; romatoid faktör reaksiyonları negatiftir (13, 17, 18). Kanda belirgin enfeksiyon bulguları ve rheuma factor mevcutsa romatoid artrit düşünülmelidir. (Ragan) 13, 18).

Eklem radyografisinde, intra artiküler fazla epanşmanlı devrelerde mafsalsal aralığında genişleme görülür.

Sinovyal sıvı artmıştır (12). Eklem epanşmanı çeşitli lökositleri ihtiva eden seröz bir sıvıdır (6, 18) ve lökosit formülünde polimorf nüvelilerin oranı % 50 kadardır (12, 13, 18). Artiküler sıvı milimetre küpte 300 ilâ 6000 lökositler elemanı ihtiva eder (18). Eklemde alınan sıvı steril bulunmuştur. Normalde ve travmatik hidropslarda

olduğu gibi, intermitant hidrartrozlu eklem sıvısında da normal hiyalüronat, asetik asitle iyi bir müsin pıhtılaşması (mucin clot), yüksek viskosite tespit edilir (13, 17, 18). Mafsal sıvısının protein muhtevası fazla değildir (13, 18).

Periodik hidrartroz epansmanın vasıfı romatoid artritinkinden farklıdır (13, 18).

Patolojik anatomi :

Birçok eklem biyopsileri yapılmış olduğu halde, intermitant hidrartroz lezyonları hakkında az bilgi sahibiyiz (6, 15). Biyopsi bulguları şunlardır: Fibroz dokunun dejenerasyonu ile birlikte sinovyal zarın ödemi ve yüzeyel tabakanın deskuamasyonu görülür (6). Bunear bazı bakımlardan evolutif kornik poliartritinkine benzeyen fakat daha az şiddetli olan inflamatuvar sinovyal lezyonlardır (6, 15). Sinovyal saçaklarda proliferasyon görülmekle beraber, mutlak olarak kronik evolutif poliartritinkinden fazla değildir (6, 15). Aynı zamanda, hipertrofik saçakların ve sinovya altı dokunun bol miktarda lenfositler tip hücrelerle infiltrasyonu görülür (15). Lezyonlar mikropsuzdur (6, 15). Sinovyal membrandaki patolojik görünüm, non spesifik sinovitten, tipik romatoid artrit bulgularına kadar değişebilir (2).

Prognoz :

Hastalığın gidişi üç tip gösterir (17):

1. Bazı vak'alarda hastalık iki, üç sene sürdükten sonra hafifliyerek kaybolur (1, 17).

Çok defa aynı ritim içinde sınırsız olarak devam eder; 10 yıl (Rheindorff), 20 sene (Ropes), hatta 47 yıl (Weiner ve Ghormley) müddetle, bilhassa gebelik esnasında az çok uzayan remisyonlar göstererek seyreden vak'alar bildirilmiştir (17).

3. Bir kısım vak'alarda ise birkaç sene sonunda, hidrartroz epizotlarının uzaması, ara devrelerin kısaması, periyotların netliğini kaybetmesi, eksüdatif fenomenlerin diğer eklemlere de yayılması ve romatoid faktörlere ait serolojik reaksiyonların pozitifleşmesi ile hastalık tedricen, nihayet romatoid artrite dönüşmektedir (6, 12, 13, 15, 17, 18). Hench, Ropes, Short ve Bauer'e göre vakaların yarı-

sından fazlasında birkaç senede romatoid artrit tablosu gerçekleşmiş bulunmaktadır (17). Ragan, beş sene kadar müddetle takip ettikleri 5 intermitant hidrartroz vakasından yalnız birinde romatoid artritin teşekkül ettiğini bildirmektedir (13).

Netice itibarıyla birçok hastada tam ve kesin remisyon tespit edilmekle beraber (17), prognozun iyiliği hakkında dikkatli bir ihtiyat gösterilmelidir. Yani hecmelerin kesilmesine ait prognoz değişiktir; kötürümleştirme prognostiği de daha evvelden tahmin edilemez (13).

Ayırtıcı diyagnoz :

Intermitant hidrartroz tanısı, hemen daima genel durumu bozmayan, patolojik laboratuvar ve röntgen bulguları veremiyen bir şekilde, muayyen bir periodisite gösteren, lokal inflamasyon belirtileriyle müterafık olmaksızın, ekseriya diz eklemine intra artiküler seröz bir epanşmanın mevcudifeti gözlemine dayanır (12).

Intermitant hidrartrozun ayırtıcı tanısında daha ziyade dizin çeşitli artropatileri dikkate alınmalıdır.

1. Dizin travmatik hidrartrozu : Anamnezde diz eklemine etkili travmanın mevcudiyeti, periodisite göstermeyişi, musabiyette yaş ve cinse ait bir tercih faktörünün bahis konusu olmayışı dolayısıyla travmatik hidrartrozun ayırtıcı tanısı kolay yapılır.

2. Meniskopatiler : Çok defa sporcu olan hastanın (14) anamnezinde diz bölgesine isabet eden ve daha ziyade bir seferde meydana gelen bir makro travmanın mevcudiyeti, klinik seyirde belirli bir spontane periodisitenin olmayışı, diz eklemine blokajı yani kilitlenmesi (7), diz mafsasında Mac Murray'ın tanımladığı «klik» belirtisinin tespiti (7, 14), dizin ön - arka pozisyonda direkt radyografisinde meniskus lezyonunun olduğu yerde, eklem aralığında bazen daralma tespit edilişi (14), intra artiküler radyo opak madde enjeksiyonuyla dizin artrografik veya hava enjeksiyonu suretiyle yapılan pnömoartrografik ve hatta gerektiğinde artroskopik olarak incelenmesi meniskal lezyonların ayırtıcı tanısını sağlar (7).

3. Dizde mafsal faresi : Umumiyetle piring tanesi ilâ karpuz çekirdeği cesametinde - ossöz veya kartilajinöz tabiatta - bir veya

birkaç tane parçacıktan ibaret olan mafsalsal faresi, eklem boşluğunda veya bir sapla sinovyalaya bağlı olduğundan kronik tahrişle, intra artiküler sıvı toplanmasına sebep olabilirse de, her iki diz eklemine mukayeseli radyolojik tetkiki, eklem hareketleri esnasında belli bir fleksiyon derecesinde iki eklem yüzeyi arasına sıkışan mafsalsal faresinin ani bir ağrıyı tevhit edişi (14), spontan periodisitenin görülmeysi, cins ve yaşa ait bir tercih faktörünün bulunmayışı ile ayırtıcı diyagnozu yapılır.

4. Diz eklemi tüberkülozu : Her iki hastalıkta hidrartroz müsterek bir semptom olmakla beraber, intermitant hidrartrozda sinovyal sıvının steril ve eklem biyopsisinin nonspesifik oluşu, spontan remisyonlar ve belirli bir periodisite görülmesi, lenfadenomegalinin ve genel enfeksiyon belirtilerinin bulunmayışı, laboratuvar bulgularının ve eklem radyografisinin normal oluşu ve eklemde inflamasyon belirtileri olmaksızın sadece hidropsun mevcudiyeti ayırtıcı tanıyı sağlar.

5. Sifiliz, gonore, kızıl, kızamık, kızamıkcık, basili dizanteri, dang, kabakulak, bruselloz, çiçek, tifo, paratifo, koküs sepsisleri gibi enfeksiyöz hastalıkların seyrinde bazen görülen, eklemde sıvı toplanmasıyla müterafik artritlerin özel semptomatolojileri ve laboratuvar bulguları ile ayırtıcı tanıları yapılır (1, 16).

6. Dizde hemofilik artrit: Hastada hemofili belirtilerinin mevcudiyeti, eklemde lokal inflamasyon bulunuşu ve intra artiküler ponksiyonda hemartrozun tespiti gibi özellikleriyle ayırtıcı diyagnozu yapılır (14).

7. Gougerot - Howers - Sjögren sendromu (Sicca sendromu): Bu sendromda deri ve mukoza semptomları (keratoconjunctivitis sicca, kuru atrofik rinit, ağız kuruması), genel semptomlar ve romatid artrite benzer poliartritin bulunuşu ayırtıcı tanıyı çok kolaylaştırır (18).

8. Reiter - Fiessinger - Leroy sendromu : Ekseriya dizanteriform bir diyareyi takiben meydana gelen üretrit, konjonktivit ve artrit triadı ile karakterize olan ve sebebi bilinmeyen bu sendromun ayırtıcı tanısı zor değildir (18).

9. Palindromik romatizma: Her iki sekste eşit oranda rastlanılan palindromik romatizmada (12, 15, -18), hastalığın daha ziyade

el eklemlerinde yerleşmesi, artiküler epansmanın husulünde perodisite görülmeyişi, musap eklemdede lokal inflamasyon semptomlarının spontan, abartiküler belirtilerle (para artrit ve deri nodülleri) müterafık bulunuşu ayırtıcı diyagnozu kolaylaştırır (8, 9, 15, 18).

10. Anjionörotik artroz: Solis Cohen'in 1911 senesinde tanımladığı bu sendromun bilhassa 12 yaşından küçük çocuklarda rastlanması, poliartiküler lokalizasyonlu eklem şişlikleri göstermesi, ateşli ve haftalarca süren seyri ve deri belirtileriyle müterafık olması ayırtıcı tanısını sağlar (8, 9, 15).

11. Kahlmeter'in tanımladığı allerjik romatizma: Ekseriya ateşli seyri, erizipeloid ve allerjik belirtilerin mevcudiyeti ile intermitant hidrartrozdan ayırt edilir (8, 15, 18).

12. Bazı tabes dorsalis vak'alarında görülen Charcot eklemi: Ekseriya bir dizde yerleşen bu nörojenik atropatide, ligamanların gevşekliğinden dolayı, harekette aşırı kolaylık mevcudiyetiyle dizin öne doğru kıvrılabililişi (genu recurvatum), serebellar ataksinin bulunuşu, Westphal ve Argyll-Robertson delillerinin, kanda ve serebrospinal sıvıda Wassermann reaksiyonunun pozitif olmaları gibi özelliklerle ayırtıcı tanı yapılır (1, 3).

13. Akromegali: Sık olarak hidrartrozun görülebildiği akromegali atropatisinin (1) ayırtıcı tanısı, semtomatolojisindeki endokrinolojik özellikleri ve radyolojik görünümde sella turcica'nın genişlemiş olması ile yapılır (16).

14. Arthritis urica: Gutun daha ziyade orta yaşlı ve pürinden zengin beslenme rejimine bağlı olan erkeklerde görülmesi; bilhassa ayak baş parmağının metatarsophalangeal eklemine tutması, akut nöbetlerinin hipertürisemi ile müterafık oluşu, ileri devrelerde tofusların teşekkülü ve muhteviyatında urat kristallerinin tespiti ve eklem radyografisinde jeodların mevcudiyeti ile ayırtıcı diyagnozu yapılır (16).

15. Akut ateşli romatizma: Bouillaud hastalığının daha ziyade çocuk ve gençlerde (en çok 5 - 15 yaşları arasında) rastlanması (16), haftalarca süren ve çok defa kardit komplikasyonlu klinik seyri, poliartiküler yerleşmesi, genel sistemik enfeksiyon semptomlarının, ilgili laboratuvar bulgularının ve eklemdede lokal inflamasyon belirtilerinin mevcudiyeti ayırtıcı tanıyı kolaylaştırır.

Bu konuda dikkate alınabilecek diğer kollajen hastalıklardan scleroderma, lupus erythematosus disseminata periarteritis nodosa ve dermatomyositis'in özel semptomatolojileri, laboratuvar bulguları ayırtıcı tanılarını sağlar.

Burada bilhassa önemli olan romatoid artrittir. Romatoid artirin daha ziyade ellerde olmak üzere poliartiküler ve simetrik yerleşmesi, eklemlerde ankiloz ve deformasyonlar tevlit edişi, mafsalda hidropsun lokal inflamasyon belirtileri ve genel enfeksiyon semptomları ile müterafık oluşu, eklem epangmanının husulünde periodisite görülmeysi, romatoid faktör testlerinin pozitif oluşu ayırtıcı tanıya imkân verir (1, 18). Ancak bazı intermitant hidrartroz vak'alarının, tedricen senelerce sonra romatoid artrite dönüştüğü unutulmamalıdır (6, 12, 13, 15, 17, 18).

Tedavi :

Intermitant hidrartrozun etyolojik bir tedavisi yoktur. Spontan remisyonlar dolayısıyla tedavilerin değerlendirilmesi çok güçtür. Çeşitli tedaviler ileri sürülmüştür. Bazı yayınlara göre vakaların % 85'inde hidrartroz yapılan bütün tedavilere mukavemet etmekte, fasılalı şekilde yıllarca sürmekte ve nihayet kendiliğinden geçmektedir (14).

Hastalığın tedavisi konservatif ve cerrahî olmak üzere başlıca iki esasta toplanabilir.

Konservatif tedavi :

Allerjenlerin rolü tespit edilebilen bazı vakalarda spesifik ve nonspesifik (oto-hemoterapi, gamma globulin enjeksiyonu) desensibilisasyon tedavisi, antihistaminik preparatlar etkili olmaktadır (12, 17).

Böyle vakalarda rol oynayan besinsel allerjenler daha ziyade balık, ceviz, elma, seftali, greyfurt, domates, zeytin, ananas olup, nöbet esnasında yenilmemelidir (12).

Anti-inflamatuvar tedavi: Nöbetin meydana çıkmasından iki veya üç gün önce uygulanan massif ve kısa süreli anti-inflamatuvar tedavi (corticosteroid'ler veya phénylbutazone) ile periodisitesi deşismeksizin klinik tabloda çok hafifleme meydana geldiği yayınlanmıştır (17).

Indomethacin, mefenamic acid veya türevleri (flufenamic acid) anti-inflamatuvar tedavide denenebilir.

Ragan, intra-artiküler steroid enjeksiyonu yapılan bir eklemde, geçici bir iyileşme devresinden sonra, enjeksiyon öncesinkine oranla daha şiddetli bir lokalize inflamatuvar reaksiyon (flare up reaction) husulünü müşahade ettiğini bildirerek, hidrartroz hastaya rahatsızlık verecek kadar artarsa, eklem sıvısının aspirasyonunu yapmak suretiyle basıncın azaltılmasını ve eklem içi steroid enjeksiyonu yapılmasında ihtiyat gösterilmesini tavsiye etmektedir (13). Sèze ve Ryckewaert, hidrartroz nöbetlerinde, kısa süreli olmak üzere, kortizonik derivelerin, bilhassa intra-artiküler hidrokortizon asetat enjeksiyonunun veya fenilbutazonun başarı ile kullanılabileceğini ifade etmektedirler (15).

Altın tedavisi (chrysothérapie) (2, 6, 15, 17), antimalarik ilaçlar (kinolin deriveleri) (12, 17), iod preparatları (14), ergotamin tartarat (6, 15), salisilatlar (10), ateş tedavisi (pyrétothérapie) (6, 12, 15, 17), lokal radyoterapi (6, 10, 15, 17) bazı vakalarda remisyonları uzatmak, nöbetleri hafifletmek şeklinde başarılı olabilmektedir.

Östrojenlerle veya androjenlerle hormonal tedaviye ancak menstruasyonla ritimli hidrartroz vakalarında başvurulabilir (15).

Fizikoterapi: Bazı fizik tedavi vasıtaları örneğin kısa dalgalar (10), galvanik iontoforez, ultrason, çamur tedavisi (fangotherapy) lokal olarak uygulanabilir.

Konservatif tedavi içinde hastaya travmadan sakınması, tespit edilebilen fokal enfeksiyonların tedavisi tavsiye edilmelidir. Revülsiyon tedavisi, lokal dolaşımı ve sinovyal membranın permeabilitesini artırmaktadır (6). Tuzsuz rejim ilâve bir tedavidir (5). Kronik durumlarda kaplıca tedavisi (crénothérapie), M. Quadriceps femoris masajları, su içinde dizin ekzersizleri faydalıdır (6).

Cerrahi tedavi :

Konservatif tedavinin etkili olmadığı bazı vakalarda sinovektomi tavsiye edilmişse de Weiner ve Ghormley sinovektominin pek fazla fayda sağlamadığı kanaatindedirler (2).

ÖZET

Bu makalede nadir bir romatizmal hastalık olan intermitant hidrartrozun etyopatogeni, semptomatoloji, ayırtıcı tanı ve tedavi prensipleri ilgili literatür gözden geçirilerek belirtilmiştir.

RÉSUMÉ

Hydarthrose Intermittente

Dans cet article, on a mis en relief l'étiopathogénèse, la symptomatologie, le diagnostic différentiel et le traitement de l'hydarthrose intermittente qui est une maladie rhumatismale rare. Et on a fait la révision de la littérature médicale concernant cela.

LİTERATÜR

- 1 — ABAOĞLU, C.; ALEKSANYAN, V.: Septomdan Teshise, s. 270 - 295, Dördüncü baskı, İstanbul, 1968.
- 2 — BYWATERS, E. G. L.; ANSEL, B.: The rarer arthritic syndromes: COPEMAN, W. S. L.: Textbook of the rheumatic diseases, s. 525 - 526, Fourth edition, E. & S. Livingstone Ltd., Edinburgh London, 1969.
- 3 — COHEN; ANSELL, B. M.: Neurogenic arthropathy: COPEMAN, W. S. C.: Textbook of the rheumatic diseases, s. 556 - 561. Third edition, E. & S. Livingstone Ltd., Edinburgh and London, 1964.
- 4 — ÇUBUKÇU, O. C.: Kronik romatizmalar ve fizik tedavileri, s. 99 - 100, İkinci baskı, İstanbul, 1947.
- 5 — GARNIER, M.; DELAMARE, V.: Dictionnaire des termes techniques de médecine, s. 133, 479, 18 e édition; Paris; 1967.
- 6 — KILIÇHAN, E. A.: Çeşitli diz hidartrozları, Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica, 2: 15, 1963.
- 7 — KILIÇHAN, E.: Çocuk cerrahisi ve ortopedide bazı hakikatler, s. 290 - 302, İstanbul, 1964.
- 8 — LAMBERT, P.: Le rhumatisme intermittent familial: Revue du Rhumatisme et des maladies ostéo - articulaires, 29: 730, 1962.
- 9 — LAMONT - HAVERS, R. W.: Palindromic rheumatism: HOLLANDER, J. L.: Arthritis and Allied conditions, s. 750 - 754, Seventh edition, Lea & Febiger, Philadelphia, 1966.
- 10 — LEDOUX - LEBARD, G.; BARGY, P.: Physiothérapie, s. 217, Paris, 1957.
- 11 — McCOMBS, R. P.: Pratikte iç hastalıkları. Çev. TAVAT, S.; SÖYLEMEZOĞLU, B. s. 529 - 564. İstanbul, 1949.
- 12 — MOLL, W.: Kompendium der Rheumatologie, s. 168 - 170, Medica Verlag Stuttgart, 1964.

- 13 — RAGAN, C.: Intermittent hydrarthrosis: HOLLANDER, J. L.: Arthritis and Allied conditions, s. 755 - 758, Seventh edition, Lea & Febiger, Philadelphia; 1966.
- 14 — SARPYENER, M. A.: Ortopedi ve Travmatoloji, cilt I, s. 317; 563 - 595; İstanbul, 1962.
- 15 — SÈZE, S. de; RYCKEWAERT, A.: Maladies des os et des articulations, s. 769 - 772, Éditions Médicales Flammarion, Paris, 1954.
- 16 — TİTİZ, İ.; OKTAY, S.; AKTAN, H.: İç Hastalıkları Semptomatoloji ve tedavi, s. 63 - 85, İkinci bası, Ankara; 1962.
- 17 — WELFLING, J.; HUBAULT, A.: Quelques rhumatismes périodiques: SÈZA, S. de; CAROIT, M.: Bréviaire de rhumatologie, s. 135 - 143; 3 ème édition, L'Expansion, Paris, 1967.
- 18 -- YENAL, O.: Romatizma sendromları, 2, s. 79 - 92, 1965.

(Mecmuaya geldiği tarih : 31 Ağustos 1970).