

SCHEUERMANN HASTALIĞI: BİR OLGU SUNUMU**Ali AKYOL¹, Bekir ÖZKAYA¹, Okan BÖLÜKBAŞI¹, Alev GÜNER²***ÖZET**

Scheuermann hastalığı spinal ağrı, kozmetik deformite, torakal disk hernisi ve prematür dejeneratif değişikliklere neden olan, adolesan çağda % 5-8 sıklıkta karşılaşılabilen bir hastalıktır. Etiyoloji bilinmemekte, ailesel yatkınlık ve muhtemel lokal bir osteokondrit üzerinde durulmaktadır. Yorgunluk, ağrı, lokal hassasiyet gibi semptomlar pubertede başlar. Hastaların çoğu deformite ve kifozlarının farkında olmayıp tanı sıklıkla rutin bir lateral grafi çekimi ile konur. En sık orta ve alt torasik vertebral tutulur, başka bir laboratuvar tanısı yoktur. Tedavi hastanın yaşı ve deformitesine bağlıdır. Analjezikler, rehabilitasyon egzersiz programları, ileri olgularda gerekirse destek operasyonları (Milwaukee brace veya Harrington enstrumanları) uygulanabilir. Klinik ve radyolojik olarak Scheuermann hastalığı tanısı almış bir olgu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Scheuermann hastalığı.

Scheuermann's Disease: A Case Report**SUMMARY**

Scheuermann's disease is a common disorder of the adolescent (5-8 %) which may result in spinal pain and cosmetic deformity and predispose to thoracic disc herniation and premature degenerative changes. The aetiology is unknown but may include a familial predisposition and possibly local osteochondritis. Symptoms like fatigue, pain, local tenderness become at puberty. Many of the patients are unaware that they have a deformity or kyphosis and are diagnosed by routine lateral chest radiographs. The most affected spinal regions are the mid or lower thoracic vertebrae and there are no other laboratory findings. Therapy depends on the degree of the deformity and on the patient's age. Analgesics, rehabilitation exercises, operations for stabilisation with a Milwaukee brace or Harrington instruments may be tried. We present a patient with Scheuermann's disease with its clinic and radiologic findings.

Key words: Scheuermann's disease

Scheuermann hastalığı bel ve/veya sırt ağrısı ile karakterize, birincil veya ikincil kemikleşme merkezlerinin aseptik nekrozuna bağlı idiyopatik bir tablodur. Femur başında görülen Perthes - Calve - Legg, tuberositas tibiada görülen Osgood - Schlatter, tarsal naviküler kemikte görülen Köhler, ikinci metatars başında görülen Freiberg, ve falanks epifizlerinde görülen Thiemann hastalığı gibi kemiğin aseptik nekrozunun yolaçtığı bir klinik tablodur. Daha çok dorsal ve lomber vertebraları tutan, vertebra korpuslarının alt ve üst yüzeylerinde bulunan epifiz plaklarının osteokondritidir. Erkeklerde biraz daha sık olmakla birlikte her iki cinsi de tutar. En sık 15-16 yaşlarında görülür.^{1,2}

Etiyolojide idiyopatik nedenli olgular en büyük sıklıkla görülmesine karşın infeksiyonlar, heredite, vitamin yetmezlikleri, malnütrisyonlar, endokrin anomaliler, osteoporoz ve tekrarlayan mikrotravmalar suçlanmıştır.^{2,3}

Kliniğinde yorgunluk, sırt- bel ağrıları ve lokalize hassasiyet vardır. Muayenede lomber lordoz artışı, buna

sekonder karnın öne çıkışı, iliopsoas ve hamstring kaslarında kontraksiyon izlenir. Tipik muayene bulgusu "Forward bent testi" (dizleri bükmeden öne eğilmekle belirginleşen kifoz) ile tanı konur.¹

Scheuermann hastalığının radyolojik tanı kriterleri:⁴⁻⁶

- Lokalizasyon:%75 midtorasik, %25 torakolomber bölgededir
- En az 5 vertebrada önde kamalaşma veya 3 ve daha çok vertebrada düzensiz vertebra görünümü
- Düzensiz end plate'ler (schmorl nodülleri)
- Disk yükseklik kaybı
- Artmış kifoz
- Ek bulgular:
- Anterior vertebra korpus füzyonu
- İlımlı skolyoz
- Artmış lomber ve servikal lordoz
- Epifiz halkalarında düzensizlik
- İsrarlı venöz kanallar

* Bu çalışma 35. Ulusal Nöroloji Kongresinde sunulmuştur.

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, AYDIN

² Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı, AYDIN



Resim 1: Scheuermann hastalığının direk grafisi



Resim 2: Scheuermann hastalığının MR görüntüsü

OLGU

S. A. 17 yaşında, erkek, Aydın doğumlu. Bir yıldır gittikçe artan bel ağrısı yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Fizik muayenesinde bir özellik saptanmadı. Nörolojik muayenesinde hafif yürüme zorluğu gösteriyordu. Laseque, Naffziger ve Valleix testleri negatif olarak değerlendirildi. Derin tendon refleksleri üstte normal, altta canlı olarak bulundu. Forward bend testi ile dorsal kifoz belirginleşiyordu. Ailede benzer hastalık yoktu ve hastanın özgeçmişini özellik arzetmiyordu. İstenen dört yönlü LSV grafisinde; üst lomber vertebralarda end plate'lerinde irregüler konturlu sklerotik alanlar, L1-L2 vertebra korpus yüksekliklerinde azalma, L4-L5 vertebra korpus yüksekliklerinde lizis saptandı, bulgular diskitis veya aseptik nekroz lehine yorumlandı (Resim 1). Hastanın yapılan spinal MR incelemesinde; alt torakal ve tüm lomber vertebralarda end plate'lerde düzensizlik, alt ve üst yüzlerde ondülasyonlar ve kartilaj nodları, T11, T12, L1, L2 vertebra korpuslarında bir miktar öne doğru kamalaşma ve yükseklik kaybı saptandı (Resim 2). Bulgular Scheuermann hastalığı ile uyumlu bulundu. Hastanın ENMG, rutin biyokimya ve tam idrar tahlili sonuçları normal sınırlar içinde idi.

TARTIŞMA

Bel ağrısı şikayeti ile polikliniğimize müracaat eden hastanın yapılan fizik muayenesinde Forward bend testi ile belirginleşen kifoz vardı. Çekilen dört yönlü lumbosakral grafilerinde özellikle torakolomber vertebralarda Scheuermann hastalığının radyolojik kriterlerine uyan beşten fazla torakolomber vertebrada önde kamalaşma ve düzensiz vertebra görünümü, schmorl nodülleri ve disk yükseklik kayıpları saptandı.

Diğer laboratuvar bulguları normal olan hastaya Scheuermann hastalığı tanısı kondu.

Bu hastalığın tedavisi hastanın yaşı ve hastalık derecesine göre farklıdır. Hiçbir şikayete yolaçmayan, rastgele tanı konmuş olgularda koruyucu olması bakımından ağır sporlar yapmaması, ağır yük taşımaması önerilir. Şikayete yol açan olgularda bulgulara göre kifozu azaltacak, sırt kaslarını güçlendirecek aktif egzersizler, masaj, nonsteroid antienflamatuar-analjezik ilaçlar, ileri olgularda omurga korseleri veya füzyon ameliyatları uygulanabilir. Bizim olgumuzda operasyon gerektirecek ileri bulgular olmaması nedeniyle hastamıza nonsteroid analjezik-antienflamatuar ilaçlar ve egzersiz programı önerdik.

Bu hastalığa adolesan popülasyonda % 5-8' lere varan sıklıkla karşılaşılabildiği bildirilmiştir. 13-17 yaş arasında 446 olguda yapılan bir taramada % 26 gibi yüksek bir oranda bel ağrısı anamnezi alınması nedeni ile bu olguyu bel ağrılı adolesan olgularda etiolojide hatırlatmak için sunmayı uygun bulduk.¹

KAYNAKLAR

1. Özdoğan H. Çocukluk çağı romatizmal hastalıkları. Yaşar Karaslan (ed), Klinik Romatoloji. Ankara: Hekimler Yayını Birliği, 1996; 278-80.
2. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC. Bone and joint disorders. Thompson G, Scoles PV (eds), Nelson textbook of Pediatrics, 15th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996; 1946-7.
3. Tuna N. Romatizmal hastalıklar. Ankara: Taş Kitapçılık, 1990; 712-3.
4. Yochum TR, Rowel J. Essentials of Skeletal Radiology. New York: Williams & Wilkins, 1987; 1005-8.
5. Tuncel E. Diyagnostik Radyoloji. Ankara: Taş Yayıncılık. 1988; 71-2.
6. Meschan I, Farrer-Meschan RM. Roentgen signs in diagnostic imaging, 2nd ed. WB Saunders, 1985; 84-5.

YAZIŞMA ADRESİ

Doç. Dr. Ali AKYOL
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı AYDIN
Tel: (256) 212 18 50 / 158

Geliş Tarihi : 16.11.1999

Kabul Tarihi : 20.12.1999