

## OLGU SUNUMU

**Oya Kireker Köylü<sup>1</sup>,  
Ahmet Köylü<sup>2</sup>,  
Davut Baltacı<sup>1</sup>,  
Sultan Sayın<sup>1</sup>,  
İsmail Hamdi Kara<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Aile Hekimliği AD,  
Düzce

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Radyoloji AD,  
Düzce

**İletişim adresi:**

**Y.Doç. Dr. Davut Baltacı**

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği AD, Konuralp  
81620 Düzce

**Tel: 05417165619**

Email:davutbaltaci@hotmail.com

**Konuralp Tıp Dergisi**

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

## Osgood-Schlatter Hastalığı Olgu Sunumu

### ÖZET

Osgood - Schlatter hastalığı diz ağrısının en yaygın nedenlerinden biri olup; özellikle aktif, hızlı büyüyen, sportif çocuklarda görülmektedir. Burada, 12 yaşında adölesan erkek olgu, sağ dizde ağrı ve şişlikle kliniğimize başvurdu. Büyüme-gelişme geriliği nedeni ile izlenmekte olan olgumuz, 5 yıldır basketbol oynamakta ve son bir haftadır sağ dizinde ağrı şikayeti olmaktadır. Yapılan fizik muayenesinde sağ dizde şişlik, eklemlerde kısıtlılık tespit edildi. Hastanın çekilen ön-arka ve bilateral diz grafisinde sağ dizde yumuşak dokuda şişlik ve tuberositas tibiada düzensizlik gözlemlendi. Hastanın MRI görüntülemesinde tibia 1/3 proximal kesiminde epifiz hattı superiorunda T2 ağırlıklı görüntülemesinde hiperintens düzensiz sınırlı sinyal artış alanı izlendi. Hastaya non-steroidal anti-inflammatuar ilaç ve egzersiz kısıtlaması önerildi. Bizim olgumuz literatürde bildirilen olgulara benzerlik göstermekle birlikte, tipik MRI bulguları saptandığı için sunmayı uygun gördük.

**Anahtar kelimeler:** Osgood-Schlatter hastalığı, MRI, eklem ağrısı

## Osgood-Schlatter Disease Case Report

### ABSTRACT

Osgood-Schlatter disease one of the most reason for knee pain, and is commonly seen in children at growth period, who especially participate in sports and rapidly grow up, and are physically active. Herein, 12-years' old adolescent male admitted to our clinic, presenting with pain and swelling in right knee. He was followed up for growth and developmental retardation, and he has suffered from right knee pain since a week. On physical examination, joint limitation and swelling on right knee were detected. On antero-posterior and bilateral knee X-ray, soft tissue edema and irregularities on tuberositas tibia were observed. On MRI-T2-weight imaging, increased hyper intense irregular signal intensity superior to epiphysial line in proximal one-third part of tibia was viewed. Non-steroidal anti-inflammatory agents and sport limitation were advised to our patient. Along with consistent with cases reported in literatures, we thought fit to present our case due to typical clinic and Magnetic resonance imaging.

**Keywords:** Osgood-Schlatter disease, MRI, joint pain

## GİRİŞ

Osgood-Schlatter hastalığı, Tuberositas tibianın traksiyon apofizitidir. Patellar tendon ve tibial tüberkül apofizinde görülen, genellikle benign bir rahatsızlıktır. Osgood-Schlatter ilk kez 1903'te birbirinden bağımsız çalışan Robert B. Osgood ve Carl Schlatter adlı iki otorite tarafından tanımlanmıştır (1). Osgood - Schlatter hastalığı tipik olarak büyüme çağındaki kızlarda 8-13 yaş, erkeklerde ise 10-15 yaşları arasında daha sıktır. Osgood-Schlatter hastalığının prevalansı aynı yaşlardaki sporla uğraşan adolesanlarda %21, spor yapmayanlarda ise %4.5 olarak rapor edilmiştir (2).

Hastalık erkeklerde daha sık olarak görülmesine rağmen spor yapan kızlarda da görülme oranı artmaktadır. Ancak diz ağrısının daha sık (Travma, meniskopati) ve daha önemli (enfeksiyon, tümör) diğer nedenleri ile ayırıcı tanısı yapılması için bazı belirti ve bulguların iyi bilinmesi gereklidir. Spesifik bulgu göstermeyen hastalarda ayırıcı tanıda bu belirti ve bulguların düşünülmesi gerekir. Doğru tanı konulması ile çoğu hasta yorucu ve travmatik tedavilere gerek kalmadan yalnızca konservatif tedavi ile iyileşebilmektedir (3).

Osgood-Schlatter hastalığının tanısı genellikle tibial tuberosite üzerinde karakteristik lokalize ağrı ve ilişki olduğu durumlara bağlı olarak konmakta ve tanı için görüntüleme çok gerekmemektedir. Radyografi veya Magnetik rezonans ile görüntüleme tanıyı desteklemek veya klinik şüphe durumunda diğer tanıları dışlamak için kullanılmaktadır (4).

## OLGU

12 yaşında erkek hasta, polikliniğe sağ diz ağrısı ile başvurdu. Hasta 5 ay öncesinde boy kısalığı şikayeti ile çocuk polikliniğine başvurmuş ve ailesel boy kısalığı tanısı ile takip edilmekteymiş. Son iki aydır basketbol oynamayı artıran hastanın diz ağrısı şikayeti başlamış. Son 1 haftadır ağrı şikayetine sağ dizinde şişlik de eklenmiş. Fizik incelemesinde sağ tibia tüberkülüne uyan bölgede şişlik ve hassasiyet saptandı; diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın öncelikle sağ diz ön-arka ve yan grafileri çekildi. Grafisinde yumuşak dokuda şişlik ve tibia 1/3 kesiminde korteksi çevreleyen lineer radyolusen alan izlendi (**Şekil 1**). Bunun üzerine hastaya sağ diz MR çekildi (**Şekil 2**). Suprapatellar bursada sıvı, medial menisküs anterior hornunda dejeneratif değişiklikler bulunmakta ve tibia 1/3 proximal kesiminde epifiz hattı superiorunda T2 ağırlıklı görüntülemelerde hiperintens düzensiz sınırlı sinyal artış alanı izlendi. Hastanın bulguları Osgood-Schlatter hastalığı ile uyumlu bulundu. Aktivite kısıtlaması, diz destekleme bandajı ve NSAİ önerildi. 3. ay kontrollerinde şişlik kısmen azalmakla birlikte, ağrı şikayetlerinin yoğun egzersiz sonrasında tekrarladığı öğrenildi. Önceki tedavisinin

sürdürülmesi ve yoğun egzersizden kaçınılması önerildi.



**Şekil 1.** Grafisinde yumuşak dokuda şişlik ve tuberositas tibiada düzensizlik izlendi.



**Şekil 2.** Hastanın sağ diz MR filminde tibia 1/3 proximal kesiminde epifiz hattı superiorunda T2 ağırlıklı görüntülemelerde hiperintens düzensiz sınırlı sinyal artış alanı izlendi.

## TARTIŞMA

Osgood - Schlatter hastalığı, özellikle spor yapan adolesanlarda diz ağrısının sık nedenlerinden biridir. Anterior tuberositas tibiaya uyan bölgede şişlik, ağrı ve hassasiyetle seyreden bu klinik durum genellikle benign karakterlidir. Hastalık *M. quadriceps*'in tekrarlayan kontraksiyonları sonucu patellar tendonun tibial tuberosite yapışma yerindeki derin liflerinde yırtılma ve sonuçta tibial tuberositin bir parçasının kopması sonucu gelişir. Risk faktörleri ve anamnez bu hastalıktan şüphelenmek için yeterlidir. Ancak tanıda tümör, kist ve enfeksiyonun dışlanması gerekmektedir (5). Bin çocuk hastanın incelendiği bir çalışmada, tüm kemik-kas ağrılarının yaklaşık %33'ü diz bölgesi ile ilgili olup, Osgood-Schlatter hastalığı %0.6'lık bir grubu oluşturmuştur (6). Bizim hastamızda olduğu gibi, Osgood - Schlatter erkeklerde,

kızlardan daha sık görülür ve erkeklerde kızlara göre daha ileri yaşlarda bulgu verir. Bu durum proksimal tibianın ossifikasyon yaşının farklılığı ile açıklanabilir. Etiyolojiyi açıklayabilmek için dikkatli bir anamnez ve fizik muayene oldukça önem taşımaktadır. Egzersizle artan diz ağrısı en önemli ve genellikle tek yakınmadır. Bizim olgumuzda da basketbol oynamakla artan diz ağrısı bu durumu desteklemektedir. Ancak hiç şikayeti olmayıp rastlantısal olarak, doğrudan grafi ile tanı konulan olgular da vardır (7).

Radyolojik bulgular normal olabilir; ancak çoğu olguda yan diz grafisinde tibial tüberkülde düzensizlik, patellar tendonun kalınlaşması, patellar ligament çevresinde yumuşak doku şişliği, infrapatellar yağ yastığının obliterasyonu gibi bulgular izlenebilir (5). Tendondaki kalınlaşma USG ile daha iyi saptanabilir. Tanıda gerekirse sintigrafi, CT ve MRI da kullanılabilir (6,7). Akut dönemde T1 ve T2 ağırlıklı MRI'da tendonun bağlantı yaptığı alanda artmış intensite ve tibial tuberositedeki kemik iliğinde ödem görülebilir. Geç dönemde ise signal intensitesi ve kemik iliğindeki ödem normalize olmaktadır (1). Bizim hastamızda çekilen MRI görüntüleme literatürde bildirilen görüntülerle uyumlu bulunmuştur.

Ayırıcı tanıda travma, septik artrit, romatoid artrit ve Reiter sendromu gibi enflamatuvar artropatiler, malignite, patellofemoral ağrı sendromu, patellar subluksasyon, patellar tendonit, osteokondritis dissekans ve menisküs hastalıkları düşünülmelidir (3). Hastamızda tipik öykü, fizik muayene bulgusu, diz ağrısı dışında sistemik belirtilerin olmayışı, enfeksiyon ve tümör düşündürecek belirti ve laboratuvar bulgusunun olmaması ayrıca klasik radyolojik bulgular bir arada değerlendirildiğinde Osgood-Schlatter hastalığı düşünülmüştür.

Hastalığın tamamen düzelmesi birkaç yıl sürebilse de, genellikle kendini sınırlayıcı bir hastalıktır ve hastaların büyük bölümü antienflamatuvar tedaviden ve birkaç aylık aktivite kısıtlamasından yararlanır. Kronik, medikal ve fizik tedaviye dirençli az sayıdaki olguda cerrahi tedavi oldukça başarılıdır (9,10). Orava ve ark. (10), 70 operasyonun %80'inde cerrahi tedavi ile tam başarı sağlandığını bildirmişlerdir. Bizim hastamıza da aktivite kısıtlaması ve antienflamatuvar ilaç tedavisi başlandı. Hastamızın hareket kısıtlaması ve antienflamatuvar tedaviye yanıtı olumluydu, 3. ve 6. ay kontrollerinde klinik durumunun iyi olduğu ve ağrılarının çok azaldığı görüldü.

#### KAYNAKLAR

1. Joshi A. Osgood-Schlatter Disease. 2007. <http://emedicine.medscape.com/article/411842-overview>.
2. Dunn JF. Osgood-Schlatter disease. *Am Fam Physician* 1990; 41: 173-176.
3. Akın A, Demir S, Ozan IS et al. Osgood-Schlatter Hastalığı: 7 olgu. *STED*. 2007; 11 (16): 176-180.
4. Tuncel E, Yazıcı Z. Çocuk Hastalıklarında Radyolojik Bulgular, İstanbul: Nobel & Güneş Yayınevi, 2002; 249.
5. Morgan B, Mullick S, Harper WM et al. An audit of knee radiographs performed for general practitioners. *Brit J Radiol* 1997; 70: 256-260.
6. de Inocencio J. Musculoskeletal Pain in Primary Pediatric Care: Analysis of 1000 Consecutive General Pediatric Clinic Visits. *Pediatrics* 1998;102: e63. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/6/e63>.
7. Calmbach W, Hutchens M. Evaluation of patients presenting with knee pain: part 2 differential diagnosis. *Am Fam Physician* 2003; 68: 917-922.
8. Akcan B, Sahin M. Osgood-Schlatter Hastalığı. *Klinik Pediatri*. 2005;4(1): 24-27.
9. Hamer JA. Pain in the hip and knee. *BMJ* 2004; 328: 1067-1069.
10. Bloom OJ, Mackler L. What is the best treatment for Osgood-Schlatter disease? *J Fam Pract* 2004; 53: 153-156.
11. Krause BL, Williams JP, Catterall A. Natural history of Osgood-Schlatter disease. *J Pediatr Orthop* 1990; 10:65-68.
12. Orava S, Malinen L, Karpakka J et al. Results of surgical treatment of unresolved Osgood-Schlatter lesion. *Ann Chir Gynaecol* 2000; 89: 298-302.