



ODÜ Tıp Dergisi / *ODU Journal of Medicine*
http://otd.odu.edu.tr

Olgu Sunumu

Odu Tıp Derg
(2015) 2: 152-154

Case Report

Odu J Med
(2015) 2: 152-154

Plates ve Aerobik Sırasında Oluşan Bilateral Tibia Plato Stres Kırığı

Bilateral Stress Fracture of the Tibial Plateau that Occurs During Pilates and Aerobics

Alper Çıraklı¹, İsmail Büyükcera², Nevzat Dabak², Dr. Hasan Göçer²

¹Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kayseri, Türkiye

²Ortopedi ve Travmatoloji A.D, Tıp Fakültesi, 19 Mayıs Üniversitesi, Samsun, Türkiye

Yazının gelişi tarihi / Received: 25 Haziran 2014/June 25, 2014

Düzeltilme / Revised: 22 Ekim 2014 / Oct 22, 2014

Kabul tarihi / Accepted: 8 Aralık 2014 / Dec 8, 2014

Özet

Stres kırığı kemiğin lokal bir bölgesinde tam kırık oluşturacak güçten daha az ancak artan ve tekrarlayan streslerle meydana gelen bir kırık türüdür. Sıklıkla sporcularda, askeri personellerde ve tekrarlayıcı ağır egzersiz yapan kişilerde görülür. Femur boynu, tibia ve metatars sık görüldüğü lokalizasyonlardır. Yazımızda yaklaşık 3 hafta plates ve aerobik egzersizi yapan 28 yaşında bayan hastada oluşan bilateral tibia plato stres kırığı nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, stres kırığı, tibia, tedavi.

Abstract

Stress fracture of the bone is a type fracture which is seen in a localized area, occur with repetitive stress, but increased less than full power to create fractures. It is seen at athletes, military personnel and people who exercise heavy and repeater. Neck of femur, tibia and metatarsals are frequent localization. In our article 28 year old female patient with bilateral tibial plateau stress fracture is presented because of its rarity, occurs during pilates and aerobics after 3 weeks.

Keywords: Exercise, stress fracture, tibia, treatment.

Giriş

Stres kırığı askeri personel, sporcular, uzun yürüyüş yapanlar ve ağır egzersiz yapanlarda sık görülür. (1) Major klinik bulgu ağrıdır. (2) Tanıda özellikle erken evrede direk grafi patolojiyi tanımlayamayabilir, bu nedenle tanıda gecikme olabilir. Stres kırığında manyetik rezonans görüntüleme (MRG) daha güvenilirdir. (3) Tedavide en sık semptom olan ağrıya yönelik nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) kullanılır, ek olarak egzersiz kısıtlaması ve istirahat önerilmektedir. Bu yazıda aşırı fiziksel aktivite sonrası bilateral baldır ağrısı nedeni ile konvansiyonel direk grafi çekilen, patoloji tesbit edilemeyen, ağrı kesici önerilen ve egzersizlerine devam eden 28 yaşındaki bayan hasta sunulmuştur. Hastanın şikayetlerinin geçmemesi üzerine stres kırığından şüphelenilerek MRG çekilmiş ve bilateral tibia stres kırığı tanısı konulmuştur.

Olgu Sunumu

Bilinen osteoporoz veya sistemik hastalığı olmayan, ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 28 yaşında bayan hastada, 3 haftalık aerobik ve plates egzersizinin ardından bilateral baldır ağrısı oluşmuş ancak kas yorgunluğu olduğu düşünülerek egzersize ara verilmeden devam edilmiş. Hasta ağrılarının şiddetlenmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede bilateral tibia proksimalinde palpasyonla ağrı ve ağırlık vermede güçlük mevcuttu. Olguya çekilen direkt grafide patoloji tesbit edilmemesi üzerine ve egzersiz sonraları şikayetinin devam etmesi nedeniyle stres kırığı düşünülerek MRG çekildi. MRG' de bilateral tibia platoda stres kırığı ile uyumlu kemik ödemi ve periost reaksiyonu tesbit edildi. (Resim 1) İstirahat ile analjezik tedavisi uygulanan ve koltuk değneği kullanan olgunun 1 aylık takibi sonrasında şikayetlerinin geçmesi üzerine kademeli olarak yük verildi. 6 aylık takip sonunda hastamız sağlıklı ve işine devam ediyor.

Tartışma

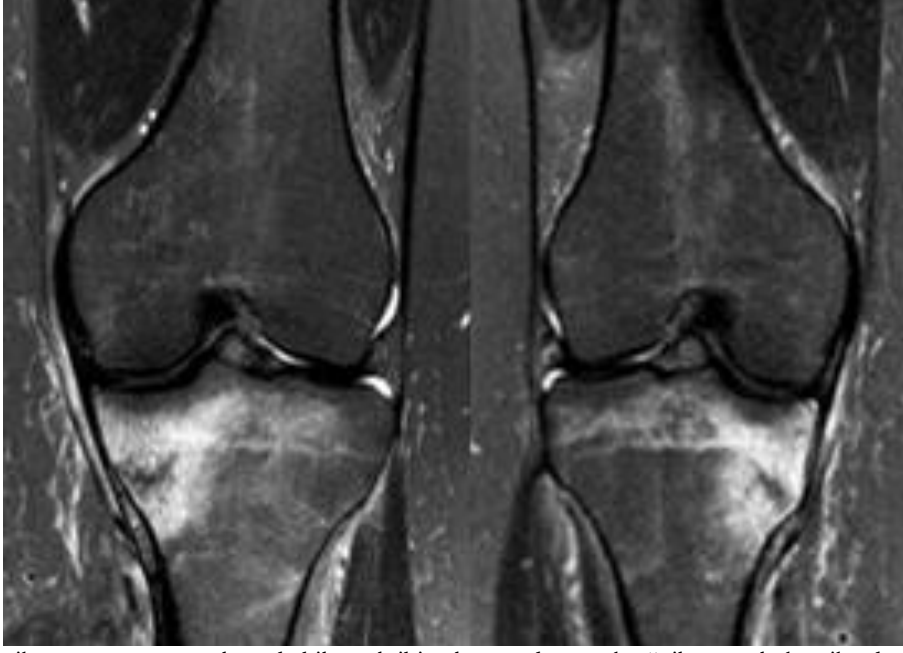
Stres kırığı kemiğin lokal bir bölgesinde tam kırık oluşturacak güçten daha az ancak artan ve tekrarlayan streslerle meydana gelen inkomplet bir kırık türüdür. (4) Alt ekstremitede üst ekstremiteye oranla daha sık görülür. (5) Stres kırığı bir çok anatomik lokalizasyonda görülebilir, literatürde en sık tibia (% 23.6), tarsal navikula (% 17.6), metatars (% 16.2), fibula (% 15.5), femur (% 6.6), pelvis (% 1.6) ve vertebra (% 0.6) belirtilmiştir. (1,6) Askerler, sporcular ve ağır egzersiz programı uygulayanlar daha fazla risk altındadır. (1,7) Kadınlarda görünme oranı erkeklerden daha yüksektir. (1) Alkol ve sigara kullanımı, sistemik hastalık, beslenme bozukluğu ile D vitamini eksikliği stres kırığı oluşumu için riski artırır. (2) En majör klinik şikayet ağrıdır, ödem ve

tendinit bulguları eşlik edebilir. (2) Tanıda konvansiyonel grafiler kullanım kolaylığı ve maliyetinin düşük olması nedeni ile ilk tercihtir. Direk grafi başlangıçta genellikle negatiftir, ancak 2-3 hafta sonra tekrar edilebilir, periost reaksiyonu ve kortikal skleroz bulguları görülebilir. (2) Direk grafi kemik patolojilerinde daha başarılı olmasına rağmen stres kırığı tanısındaki başarısı kısıtlıdır, daha çok tercih edilen sintigrafi ve MRG' dir. (3) Maliyetinin daha yüksek olmasına rağmen MRG sintigrafinin yerini almıştır. (3) Tedavide istirahat, egzersiz kısıtlaması ve NSAİİ uygulanır, mobilizasyon sırasında koltuk değneği gibi ortezlerden yararlanır. (8) Stres kırıklarında komplikasyon olarak avasküler nekroz ve kırık iyileşmemesi görülebilir. (9) Bizim olgumuz da litaretürü destekler şekilde bayandı ve ağır egzersiz programı uygulamaktaydı. Bilinen hastalığı veya ilaç kullanımı yoktu. Daha önce çekilen direk grafide patoloji tesbit edilememişti ve ileri tetkik olarak MRG çekilerek hastanın tanısı konularak tedavisi düzenlendi.

Sonuç olarak aşırı aktivite sonucu ağrı ile başvuran hastalarda stres kırığı ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca tanıda erken dönemde direk grafinin yetersiz olabileceği bilinmeli ve ileri görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır. Hastalar bu süreçte egzersiz kısıtlaması ile yenilenen travmalardan korunarak yeni kemik oluşumu desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Matheson GO, Clement DB, McKenzie DC, Taunton JE, Lloyd-Smith DR, MacIntyre JG. Stress fractures in athletes. A study of 320 cases. *Am J Sports Med* 1987;15(1):46-58.
2. Lappe J, Davies K, Recker R, Heaney R. Quantitative ultrasound: use in screening for susceptibility to stress fractures in female army recruits. *J Bone Miner Res* 2005;20(4):571-8.
3. Groves AM, Cheow HK, Balan KK, Housden BA, Bear-croft PW, Dixon AK. 16-Detector multislice CT in the detection of stress fractures: a comparison with skeletal scintigraphy. *Clin Radiol* 2005;60(10):1100-5.
4. Altınmakas M. Stres kırıkları. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1990;24(1):17-24.
5. Patel D, Roth M, Kapil N. Stress fractures: diagnosis, treatment and prevention. *Am Fam Physician* 2011;83(1):39-46.
6. Brukner P, Bradshaw C, Khan KM, White S, Crossley K. Stress fractures: a review of 180 cases. *Clin J Sport Med* 1996;6(2):85-9.
7. Clement DB, Ammann W, Taunton JE, Lloyd-Smith R, Jespersen D, McKay H, et al. Exercise-induced stress injuries to the femur. *Int J Sports Med* 1993;14(6):347-2.
8. Wheeler P, Batt ME. Do non-steroidal anti-inflammatory drugs adversely affect stress fracture healing? A short review. *Br J Sports Med* 2005;39(2):65-9.
9. Kaeding CC, Yu JR, Wright R, Amendola A, Spindler KP. Management and return to play of stress fractures. *Clin J Sport Med* 2005;15(6):442-7.



Resim 1. Manyetik rezonans görüntülemelerde bilateral tibia platosunda stres kırığı ile uyumlu kemik ödemi görülmektedir.