

PRIMER ASETABULER ASEPTİK NEKROZ
(OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ)

Veli LÖK (*)

Esin ÜSTÜN (**)

A.

Levent KÖSTEM (***)

ÖZET

Asetabuler aseptik nekroz literatürde çok nadir olarak bildirilmektedir. Bu yazında 15 yaşında bir erkek hastada bilateral lokalizasyonlu olan ve 12 ay süreyle takip edilen primer asetabuler aseptik nekroz sunulmuş; literatür gözden geçirilmiştir.

Osteokondrozisler primer veya sekonder rinin aseptik nekrozu sonucu kemikte rezorpsion ve yeni kemik yapımı ile karakterize bir durumdur. Sıklıkla kemiğin aseptik nekrozları adı altında da toplanan bu hastalıklar linme

miştir. Ancak bu hastalıkların sınıflandırılması, patolojileri ve klinikleri hakkında geniş bilgiye sahibiz.

Yeni doğan döneminde asetabulum, kavitenin 2/3 dış kısmını ve artiküler yüzü oluşturan asetabuler kıkırdak ile medialde, artiküler yüz olmayan Y kıkırdağından (Triradiat kıkırdak) oluşmuştur (7). Asetabulumun enine ve boyuna büyümesi Y kıkırdağındaki interstisyel büyüme; çevresel büyümede perikondrium altındaki apozisyonel büyüme ile sağlanır (7). Asetabulumun derinliği ve çanak şekli ise femur başının yuvarlak şekli ile belirlenmektedir (Harrison, 1961) Cit. 7 Perna (1922) Cit. 7 insanda, Harrison (1961) Cit. 7 farelerde asetabulumdaki ossifikasyon merkezlerini araştırmışlardır. 8 yaşından itibaren asetabuler kıkırdak içinde sekonder ossifikasyon merkezleri oluşmaya başlar (Şekil). Bunlardan en büyüğü pubise komşu olup Os Asetabuli (pubis epifizi de denilmekte) adını almaktadır.

* Ege Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Profesörü

** Ege Üniv. Tıp Fak. Radyoloji Kürsüsü Doçenti

*** Ege Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kürsüsü Mühürsüsü

**** Ege Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji

Asetabulumun ön kenarını oluşturur ve 18 yaşında pubis ile tümüyle birleşir. Superior asetabuler kemik veya asetabuler epifiz adını alan ossifikasyon merkezi ise iliak asetabuler kırıkardan gelişir (7). Asetabulumun superior kenarını oluşturur ve 18 yaşında ileum ile kaynaşır. İskiona komşu ossifikasyon merkezi küçük olup önemsizdir. Bazı çocuklarda ossifikasyon merkezinde düzensizlikler gözlenebilmektedir. Bunlar hiç bir zaman kistik-litik görüntü vermeyip; asemptomatiktir. Literatürde asetabulumun selektif dolaşımı ile ilgili bir bilgiye rastlanılmadı. Ancak klasik anatomi kitaplarında asetabulum ve onu oluşturan kemiklerin Superior, İnferior Gluteal arter, Obturator arter ve Medial, Lateral Femoral Sirkumfleks arterlerden beslendiği bildirilmektedir (3).

Koszla (1963) Cit. 2 aseptik nekrozların nadir lokalizasyonları ile ilgili sınıflandırmasında asetabulumun aseptik nekrozundan bahsetmemektedir. Ledoux-Lebard (1966) 4, aseptik nekrozların radyolojisi ile ilgili kitaplarında asetabulumda aseptik nekroz gelişiminin son derece nadir olduğundan söz edilmekte; ancak pelvis lokalizasyonlu aseptik nekrozların sınıflamasında asetabulumda da bu türden bir patolojinin gelişebileceği vurgulanmaktadır. Hemen tüm klasik ortopedi kitaplarında asetabulumda aseptik nekrozdan bahsedilmediği gözlenmiştir.

Literatürde asetabulum lokalizasyonlu aseptik nekrozun nadir olduğunun bildirilmesi gözönüne alınarak; klinik ve radyolojik olarak tanısı konulmuş bilateral asetabuler aseptik nekrozlu 15 yaşında erkek olgunun sunulmasının enteresan olacağı düşünülmüş ve literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU SUNUMU :

A.D., Erkek, 1964 doğumlu,

Prot. No :

Hasta, 15.9.1979 tarihinde 10 aydır mevcut olan sağ kalça ve uylukta ağrı, topallama yakınmalarıyla polikliniğimize baş vurdu. Geçmişinde bir özellik saptanamadı. Travma tanımlamıyor. Anne ve baba sağ ve sağlıklı.

Bakısında, hastanın obez, orta boyda ve sekonder seks karakterlerinin gelişmemiş olduğu; bilateral genu valgum ve cubitus valgusun bulunduğu saptandı. Yürürken sağda aljik topallama gözlendi. Trendelenburg testi negatif olup; uzunluk farkı saptanamadı. Belirtilerin sağ kalçada olduğu ifade edilmesine rağmen fonksiyonel bakısında her iki kalçada fleksiyon-abduksiyon hareketlerinde kısıtlılık ve sağ kalçada içe rotasyon hareketinde kısıtlılıkla beraber ağrı

saptandı. İnguinal lenfadenopati saptanamadı. Diğer epifizeometa-
fizer bölgelerde herhangi bir patoloji ortaya konulamadı.

Genetik kürsüsünde yapılan fenotipik incelemede bir patoloji
saptanamadı.

Labratuvar Bulguları :

Lökosit : 5600

Sedimantasyon : 1 saatte 15 mm
2 saatte 33 mm

PPD (—)

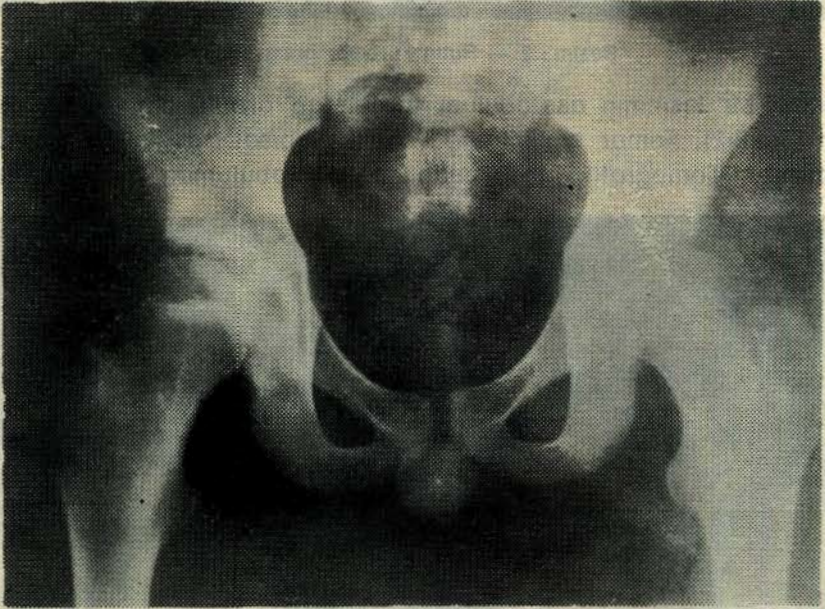
Alkalem Fosfataz : 16 KAÜ

Asid Fosfataz : 2.018 IU/mmol.

İdrar bulguları normal.

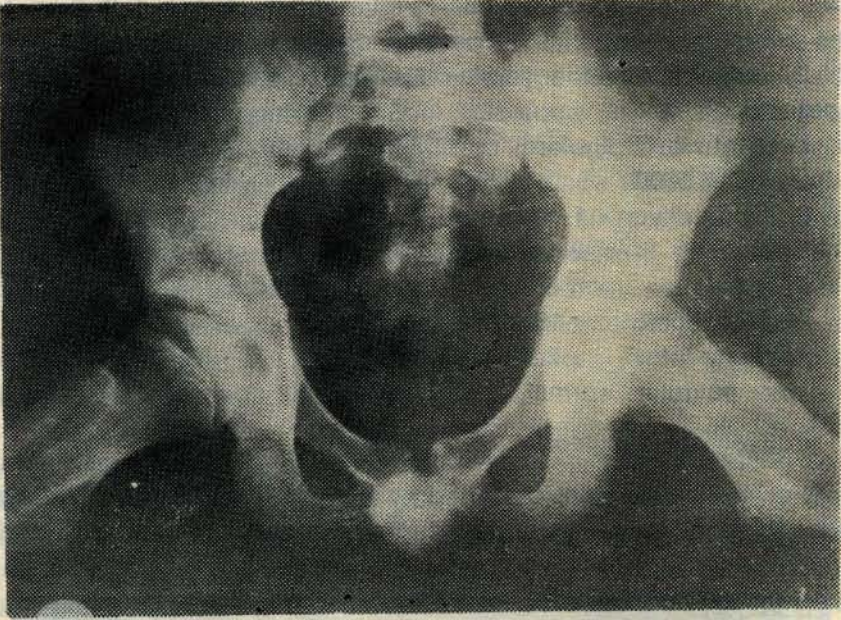
Radyografik İnceleme :

Her iki kalçanın nötral ön - arka (Resim-1) ve kurbağa pozisyo-
nunda (Resim-2) yapılan grafileri ile asetabulumları daha iyi değer-



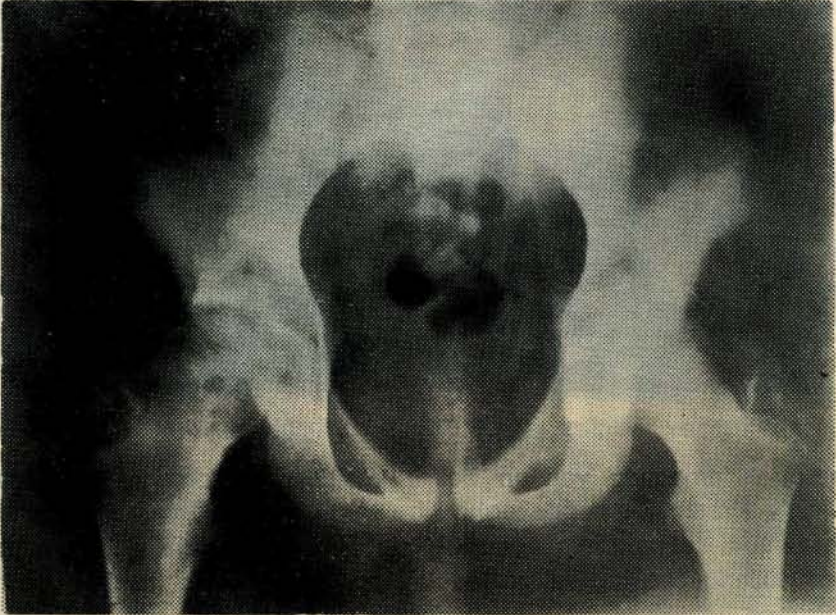
Resim : 1 — Rutin AP grafisi.

lendirmek amacıyla yapılan belirli kesitlerdeki tomografik incele-
melerde (Resim-3), sağda daha belirgin olmak üzere sağ ve sol
asetabulum tavanlarının kenarları sklerotik alanların varlığı nede-
niyle düzenini kaybettiği gözlemlendi. Baş asetabulum ilişkisi kısmen
bozulmuş, oynak aralığı genişlemiştir. Her iki kalçada da başın



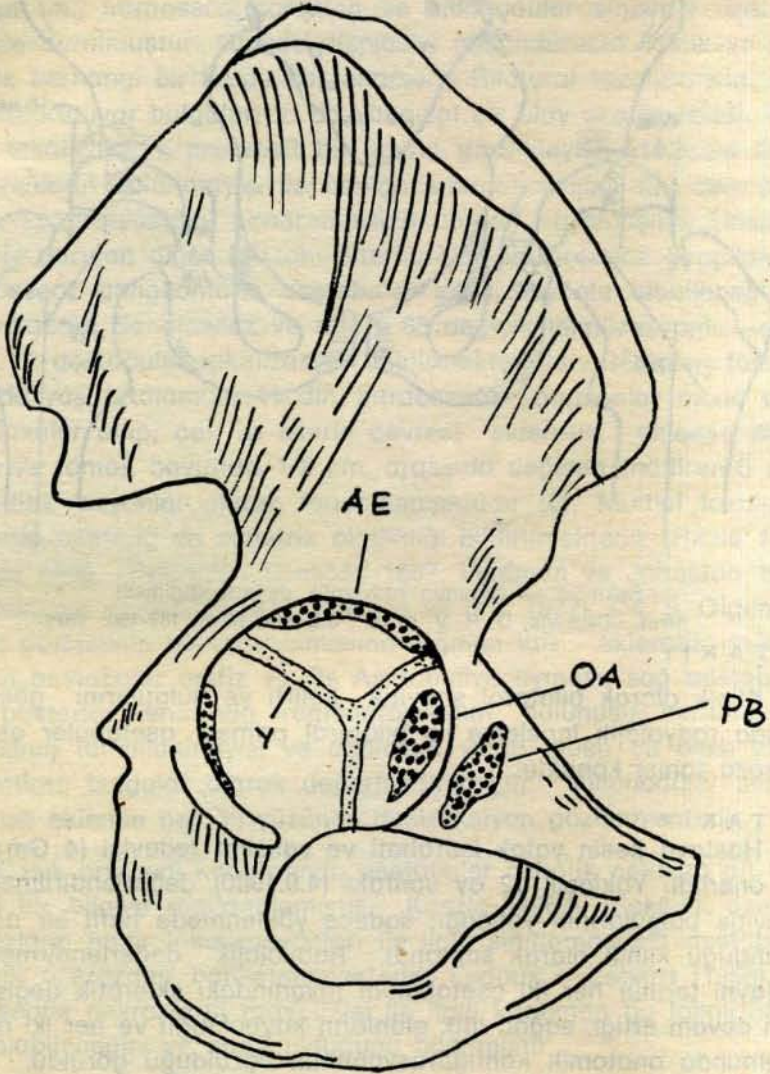
Resim : 2 — Rutin kurbağa pozisyonu.

önemli bir kısmının asetabulum tarafından örtülmediği izlenmektedir (Şekil-2). Femur epifizlerine yönelik yapısal değişiklikler saptanmamıştır. Tomografik incelemede sağ asetabulumda tümüyle skle-



Resim : 3 — Tomo AP.

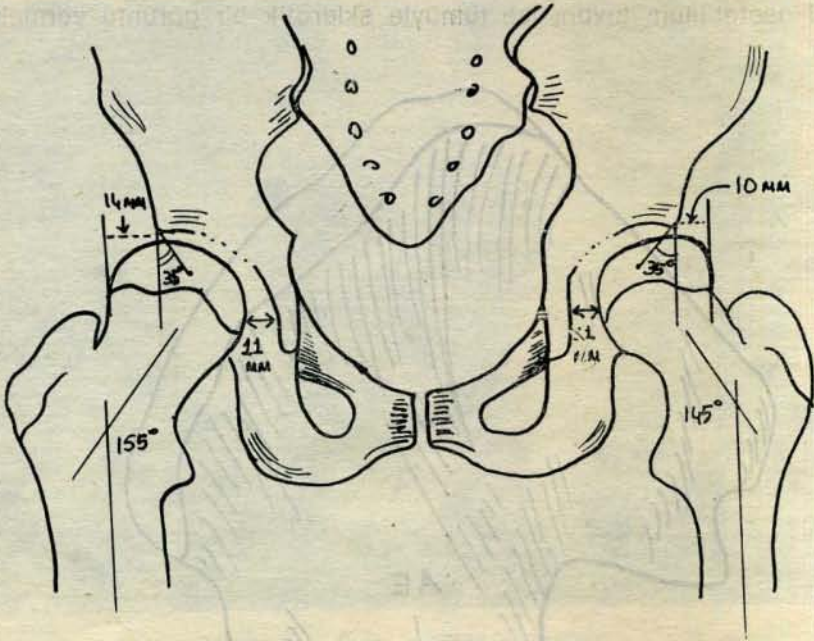
rotik alanlar tarafından çevrelenmeyen litik alanlar saptanmıştır. Scl asetabulum tavanı ise tümüyle sklerotik bir görüntü vermektedir.



Şekil : 1 — Adolesan dönemde acetabuler kırıkta içinde gelişen sekonder ossifikasyon merkezleri.

AE: Asetabuler epifiz, OA: Os acetabuli, PB: Pubis, Y: Y Kırıkdağı.

Baş ve asetabulum ilişkisinin kantitatif olarak ortaya koymayı amaçlayan değerlendirmede: Bilateral CE açısı 35 derece, CCD açısı sağda 155 derece, solda 145 olarak saptandı (Şekil-2). İnferomedial eklem açıklığı bilateral 11 mm, femur başının örtünmeyen kısmı da sağda 14 mm, solda 10 mm, olarak saptandı (Şekil-2) (1).



Şekil : 2 — Olgunun radyolojik değerlendirilmesi.
(Ref. : Dickens, D. R. V. et al. : J.B.J.S., 60-B, 189-194, 1978)

TANI :

Klinik olarak bilateral snovitis belirti ve bulgularını gösteren olguda radyolojik inceleme ile bilateral primer asetabuler aseptik nekrozu tanısı konuldu.

TAKİP :

Hastaya kesin yatak istirahati ve salisilat tedavisi (4 Gm/günde) önerildi. Yaklaşık 12 ay sonraki (4.9.1980) değerlendirilmesinde sinovitis bulgularının yatıştığı; sadece yüklenmede hafif bir ağrının bulunduğu klinik olarak saptandı. Radyolojik değerlendirmesinde de (aynı tarihli) her iki asetabulum tavanındaki sklerotik değişikliklerin devam ettiği, sağda litik alanların kaybolduğu ve her iki asetabulumunda anatomik konfigürasyonunun bozulduğu görüldü. Radyolojik iyileşmenin tümüyle daha olmadığı kanısına varıldı.

TARTIŞMA :

Daha önce de belirtildiği gibi klinik ve radyolojik olarak bilateral primer asetabuler aseptik nekroz tanısı konuldu. CE açısı normal sınırdaki 35 derece olarak bulundu. Ancak her iki femur başının da önemli bir kısmının asetabulum tarafından örtülmemesi (Şekil-2) asetabulum gelişmesindeki bir retardasyon olarak değerlendirildi.

Asetabuler gelişmedeki retardasyon da aseptik nekrozu destekleyen önemli bir bulgu olarak değerlendirildi.

Tanı konulurken; ayırıcı tanıda displaziler, yangısal olaylar, benign tm., intraosseöz ganglion ve villonodüler sinovitis üzerinde önemle durulmuştur. Olguda displaziyi düşündürecek klinik ve radyolojik herhangi bir bulgu saptanmadı. Bilateral lokalizasyon, normal laboratuvar bulgularıyla da yangısal bir olay ekarte edildi. Bilateral lokalizasyon, progresif bir seyrin görülmeyişi; kondroid kalsifikasyonların bulunmayışı ile benign kırıkta orijinli tm. den (kondrom, kondroblastom, kondromiksoid fibrom) uzaklaşıldı. Üzerinde önemle durulan diğer bir tanı alternatifide intraosseöz gangliondur. Intraosseöz ganglionların asetabuler lokalizasyonlu olabileceği bildirilmektedir. Schajowicz ve ark. 83 değişik lokalizasyonlu serilerinde 12 asetabuler lokalizasyon bildirmektedirler. Bildirilen tüm olgularda yaş ortalaması 41 dir. Intraosseöz ganglionlar mono veya multiloküler olup; çok iyi sınırlı, çevresi sklerotik, eklemlerle ilişkili (rutin ve tomo), boyutları 1-2 cm. arasında değişen (nadiren 5 cm.) kistik-litik lezyonlar olarak tanımlanmaktadır (8). Multipl lokalizasyonlarda bilateral ve simetrik olabildiği bildirilmektedir (Hicks 1956, Crabbe 1966, Dominok - Crasselt 1967, Feldman ve Johnston 1973, Campanacci ve Gulino 1974, Menges ve ark. 1977). Cit. 8. Olgumuzda da patolojinin bilateral olmasına rağmen litik - sklerotik değişikliklerin asetabuler epifiz ve Os Asetabuliye uyması, sağ asetabulumun posterior kenarında fragmentasyonun bulunuşu, herhangi bir travmanın tanımlanmayışı ve adolesan yaşta oluşu bu olası tanıyı reddettiren bulgular olarak değerlendirilmiştir. Villonodüler sinovistide ise eklemin her iki yüzünde destrüksiyon gözlenmektedir.

Klasik ortopedi kitaplarında asetabuler aseptik nekroza ait herhangi bir bilgiye rastlanmamıştır. Koszla (1963) (Şekil-2), aseptik nekrozların nadir lokalizasyonları ile ilgili sınıflamasında asetabuler aseptik nekroza bahsetmemektedir. Ledoux - Lebard (1966) (4) ise aseptik nekrozların radyolojisi ile ilgili kitabında bu lokalizasyonun olabileceğini ve nadir olduğunu bildirmiştir.

Lefaucher ve ark. (1966) (5), 11 yaşında erkek bir olguda perthes hastalığı ile birlikte asetabulumun aseptik nekrozunu bildirdiler. Ancak bazı perthes olgularında asetabulumda ossifikasyon düzensizliklerinin olduğu bilinmektedir. Fakat bu düzensizlikler hiç bir zaman aseptik nekroz radyolojisi göstermemektedir.

Gölcüklü (1977) (2), 10 yaşında rastlanan ve 7 yıllık kalça ağrısı öyküsü veren bir kız çocuğunda radyolojik ve patolojik olarak tanı

konulan ve 18 ay takip edilen bir asetabulum aseptik nekrozu olgusunu bildirmiştir. Patoloji sağda izole, solda ise perthes hastalığı ile birlikte bulunmuştur.

Weatherley ve ark. (1977) (9), 11 yıl önce havalı kompresörle çalışmış bir erkek hastanın nekropsisinde sol humerus başı, sol kalça eklemi ve her iki femur distal metafizlerinde aseptik nekroz saptamışlardır.

Literatürde de görüldüğü gibi adolesan dönemde asetabulumda aseptik nekroz perthes hastalığı ile birlikte rastlanılmıştır (2,5). Sadece Ledoux - Lebard (4) kitabında primer asetabuler aseptik nekroza bahsetmekte ve nadir görüldüğünü bildirmektedir. Erişkin dönemde ise asetabulum lokalizasyonlu aseptik nekroza havalı kompresörle daha önceden çalışmış bir hastada bildirildiğine rastlanmıştır. Olgumuzda patolojinin primer oluşu ve nadirliği gözönüne alınarak enteresan olduğu kanısına varılarak sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

S U M M A R Y

Primer Acetabular Aseptic Necrosis

In this article primer aseptic necrosis of the acetabulum in an 15 years old boy is reported. He complained of pain in the right hip for 10 months. The laboratory findings were normal. X-Ray showed retardation of the acetabulum and sclerotic bone in the weight bearing portion of the acetabular roofs and some bone destruction as a multilocular appearance.

L İ T E R A T Ü R

- 1 — DICKENS, D. R. V., MENELAUS, M. B.: The assessment of prognosis in Pert
- 2 — GÖLCÜKLÜ, M.: Asetabulum Çatısının Aseptik Nekrozu (Innominate kemiğin aseptik nekrozu) 1. Akdeniz Ortadoğu Ortopedi Kongresi, Ankara 1970.
- 3 — HOLLINSHEAD, H. W.: Anatomy for Surgeons, Vol. 3, Second ed., pp. 639, Harper with Row, Publishers Inc., New York, 1969.
- 4 — LEDOUX-LEBARD, G., MOREAU, R.: Osteonecrose a septiques, Eléments de Séméiologie Radiologique, Cilt 1, S. 201-208, Delachaux-Niestle, Paris 1966.
- 5 — LEFAUCHER, C. et al.: Une Localisation inédite de la necrose osseuse juvenile "le toit du cotyle". Ann. Chir. Inf., T. 7, 349-353, 1966.
- 6 — LILIEQUIST, B.: Roentgenologic examination of the acetabular part of os coxae. Acta Radiologica, Vol. 4., Fas. 3., 289-292, 1966.
- 7 — PONSETI, I. V.: Growth and Development of the Acetabulum in the Normal Child. J. Bone Joint Surg., 60-A, 575-585, 1978.
- 8 — SCHAJOWICZ, F. et al.: Juxta-articular bone cysts (intraosseous ganglia). J. Bone Joint Surg., 61-B, 107-116, 1979.
- 9 — WEATHERLEY, C. R. et al.: Aseptic necrosis of bone in a compressed air worker. J. Bone Joint Surg., 59-B, 80-84, 1977.