



Editöre mektup / *Letter to the Editor*

Sayın Editör,

Derginizin 2007 yılında 5. sayısında yayımlanan Uluçay ve ark.nın 'Gonartrozda artroskopik debridman ve viskosuplementasyonun yeri'^[1] adlı çalışmalarıyla ilgili bazı eleştiri ve önerilerimi sizlerle paylaşmak istiyorum.

Öncelikle böyle bir çalışma için yazarları kutluyorum; çünkü, literatürde artroskopik debridman sonrası viskosuplementasyon uygulamalarının karşılaştırıldığı çalışma bilginiz dahilinde pek yok. Ancak, böyle güzel bir çalışmada gözümüze takılan bazı noktalar var.

Makalede, çalışmaya alınma ölçütleri sıralanırken, 'artroskopide dejeneratif menisküs yırtığı tanısı konması' ifadesi varken, bir sonraki paragrafta, 'olguların tümünde manyetik rezonans görüntülemeyle (MRG) dejeneratif menisküs yırtığı saptandı' ifadesi yer almaktadır. İki ifade birbiriyle çelişmekte ve dejeneratif menisküs yırtığı tanısının ameliyat öncesi MRG ile mi, yoksa intraoperatif artroskopiyle mi konduğunu net değildir; ayrıca, gonartrozda esas patoloji eklem kıkırdağıyla ilgilidir^[2] ve tanısı için klinik (ARA) ve radyolojik (Ahlback) kriterler yeterliyken, üstelik bu tanı artroskopik olarak zaten konulabilecekken, niçin MRG ile dejeneratif menisküs yırtığı araştırılmasına ihtiyaç duyuldu? Bu durum maliyet-etkinlik açısından bir olumsuzluk yaratmıyor mu? Ek olarak, yazarın tez çalışmasında^[3] MRG'nin menisküs yırtıklarının tanısında kullanımı en tartışmalı yöntemlerden biri olduğu, çeşitli çalışmalarda MRG'nin menisküs lezyonlarının tanısındaki doğruluk oranının %65-99 arasında bildirildiği ve artroskopinin menisküs yırtığı tanısında en güvenilir yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir.

Yine makalede 'tüm olgularda femoral kondilde değişik derecelerde kondromalazi saptandı' ifadesi yerine, Outerbridge sınıflamasıyla^[4] olgulardaki dejenerasyon evresi ve gruplara dağılımı hakkında bilgi verilseydi daha yararlı olurdu; çünkü kondromalazi net bir tabir değildir. Diğer yandan, grupların randomizasyonunun nasıl yapıldığı net değildir, randomizasyon çalışmanın seviyesini etkiler.^[5] Ayrıca, grup-

lardaki hasta sayısı birinde otuzdan yüksek, ikisinde düşüktür, yazarlar istatistiksel analizde bu durumu dikkate almışlar mı? Enjeksiyon için neden üç hafta beklenildiği de makalede tam belirtilmemiştir, literatüre baktığımızda artroskopi sonrası enjeksiyon genellikle bir hafta sonra yapılmaktadır.

Çalışmanın bazı sonuçları oldukça iddialı ve literatürle çelişmektedir; gerçi yazarlar bunu iyi hasta seçimine ve erken değerlendirmeye bağlamışlardır, ancak böyle bir çalışma için takip süresi yetersizdir. Ayrıca, dejeneratif menisküs yırtıklarının özellikleri ve dağılımıyla medial-lateral parsiyel menisektomi yapılanların hangi grupta ne oranda olduğunun belli olmaması, hasta seçimi uygun yapılmış olsa da, grupların sonuçlarını etkileyebilir. Çünkü, dejeneratif yırtıkların çoğunda eksizyon gerekmez. Diğer yandan, ekstansiyonda lateral kompartmandaki yükün %70'inin ve medial kompartmandaki yükün yarısının menisküsler tarafından taşındığı, birim alana düşen temas kuvvetinin medial parsiyel menisektomi sonrası %65 arttığı, menisektomi sonrası biyomekanik değişimlere eşlik eden metabolik ve biyokimyasal değişimler sonucu erken osteoartrit geliştiği ve meydana gelen osteoartritin şiddetinin, çıkartılan menisküs miktarı ile doğru orantılı olduğu bildirilmektedir.^[6] Bununla birlikte, Akman ve ark.^[7] buna yakın sayılabilecek çalışmalarında parsiyel menisektomi yaptıkları olguları çalışma dışında bırakmışlardır.

Makalede de belirtilen çalışmalarda en az takip süresi sekiz ay iken, toplamda sadece dokuz hafta, üstelik viskosuplementasyon sonrası sadece üç hafta takip yapılmıştır. Bununla birlikte, klinik çalışmalarda iyi sonuçların en az 3-12 ay aralığında bildirildiği belirtilmesine rağmen^[7] bu süre özellikle viskosuplementasyon sonuçlarını değerlendirmek için yetersizdir; çünkü, HA preparatlarının etkisinin zaten en az üç hafta sonra başladığı bildirilmektedir.^[2,8]

Bir diğer göze çarpan konu, streptokokal HA uygulanan grupta sadece GAS skorunda anlamlılık varken diğer skorlarda anlamlılık olmaması, olguların tümünün artroskopik debridmandan ve viskosup-

lementasyondan çok ileri düzeyde yarar gördükleri ifadesiyle çelişmiyor mu? Diğer yandan, komplikasyonların hepsinin gruplara göre dağılımı tam belirtilmemiş; özellikle enjeksiyon yerinde, dizde ağrı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi bulguların en azından hasta memnuniyet skorunu etkileyebileceğini düşünüyoruz. Son olarak, makalede nasıl bir memnuniyet anketi yapıldığı da belirtilmemiştir.

Değerli yazarlar belirtilen konularda bizleri aydınlatırsa seviniriz. Yazarların cevaplarının derginin saygınlığı açısından ayrıca diğer okuyucular için de yararlı olacağını düşünüyoruz.

Saygılarımla.

Dr. Ahmet Aslan

Dr. Münif İslamoğlu Kastamonu Devlet Hastanesi,
37100 Kastamonu.
Tel: 0505 - 646 24 11
e-mail: draaslan@myonet.com

Kaynaklar

1. Uluçay Ç, Altıntaş F, Uğutmen E, Bektaş B. The use of arthroscopic debridement and viscosupplementation in knee osteoarthritis. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2007;41:337-42.
2. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteoarthritis. Postgrad Med J 2003;79:377-83.
3. Uluçay Ç. Gonartrozda artroskopik debridman ve viskosuplementasyonun yeri [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul: Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü; 2005.
4. Outerbridge RE. The etiology of chondromalacia patellae. J Bone Joint Surg [Br] 1961;43-B:752-7.
5. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Banwarth B, Bijlsma JW, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2000;59:936-44.
6. Tandoğan RN. Menisküs: işlevi, biyomekaniği ve kinematiği. Acta Orthop Traumatol Turc 1997;31:397-401.
7. Akman Ş, Şen C, Göğüş A, Demirhan M, Kılıçoğlu Ö. Gonartrozlu olgularda artroskopik debridman ile birlikte intraartiküler sodyum hyaluronat uygulamalarımız ve sonuçlarımız. Acta Orthop Traumatol Turc 2001;35:107-10.
8. Orkun S. Osteoartrit tedavisinde yenilikler. Aktüel Tıp Dergisi 2004;9:26-9.

Yazarın yanıtı / Author's reply

Sayın Editör,

Yazımızın okur mektubu ile değerlendirilmesine öncelikle teşekkür ederiz.

Cevabımız aşağıdadır.

Menisküs yırtığına bağlı mekanik şikayetleri olan ve muayenede menisküs yırtığı şüphesi bulunan hastaların tümüne poliklinikte standart olarak basarak diz grafisi ve diz MR çekilmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz. Hasta seçiminde, ameliyat öncesi çekilen MR'de menisküs yırtığı yoksa hasta çalışmaya alınmadı. Ayrıca, çalışmanın yapıldığı zaman görüntüleme merkezimizde kullanılan MR cihazı 1.5 tesla olup, diğer merkezlerden gelen MR'ler de genellikle 0.35 tesla ile 1.5 tesla arası cihazlarda çekilmiş MR görüntüleri idi. Yapılan eski araştırmalarda medial menisküs yırtıklarının tayininde 0.35 tesla ile yapılan çekimlerde etkinlik %86 iken, 1.5 tesla kullanılması ile bu oran %93'e yükselmektedir.^[1] Bu çalışmaya göre, ne kadar yüksek tesla ile MR çekilirse, medial menisküsteki yırtığın tespit edilme oranı artmaktadır. Yeni yapılan çalışmalarda 3 tesla ile yapılan çekimlerde %100'e dek etkinlik gösterilmiştir.^[2] Maliyet-

etkinlikte sizinle aynı fikirdeyiz; ancak, çalışmanın yöntemi hazırlanırken gereksiz operasyondan kaçınmak için ve diyagnostik artroskopinin hem invaziv oluşu hem de maliyetinin MR'ye göre çok daha fazla olması nedeniyle, tanıların MR ile desteklenmesinin uygun olduğunu düşündük. Yapılan yayınlarda da dejeneratif menisküs yırtığının tanısında ameliyat öncesi çekilecek diz MR'si büyük oranda doğru bilgi vermekte ve seçilen hasta grubunun güvenilirliğini artırmaktadır.^[1-3] Bu nedenle, ameliyat öncesi MR ile incelemenin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Femoral kondilde bulunan kondromalazinin yerleşimi ve Outerbridge sınıflandırması ile değerlendirilmesi önerinize katılıyoruz; ayrıca, bu şekilde yapılan bir çalışmanın etkinliği ve güvenilirliğinin çok daha fazla olacağı bizce de açıktır. Ancak, çalışma planı yapıldığında bu verilerin değerlendirilmesi planlanmadığı için veriler geriye dönük olarak değerlendirilmedi.

Çalışmamız ileriye dönük olarak planlandı. Randomizasyon hasta geliş dosya sırasına göre yapıldı. Cerrah ile mevcut hastalık arası bağlantı yapılmadı. Hasta seçimi kurallarına kesin bağlı kalındı. Grup-

lardan birinde hasta sayısı planlanandan çok daha az oldu (n=18). Bunun nedeni, çalışmamızın yapıldığı tarihlerde sosyal güvenlik kurumlarının ülkemizde eklemiçi enjeksiyonlarda kullanılan ilaçları ödemesi ve bazı ilaçların yurt dışından temininde yaşanan güçlükler idi. Gruplardan birinde olgu sayısının planlanandan az olması nedeniyle bazı istatistiksel analizleri yapamamış olduğumuzdan dolayı, çalışmamızın gücünün istenilenin altında kaldığını biliyoruz. Zaten yazımızın sonunda da bu eksiğimizden dolayı, daha güvenilir sonuç alınabilmesi için daha geniş hasta gruplarına ihtiyaç olduğunu belirttik.

Çalışmamızı planlarken, ameliyat sonrası bekleme süresi ile eklemiçi enjeksiyon arasındaki süre ile ilgili çok sayıda makale ve çalışma yoktu. Genel olarak enjeksiyonlar cerrahi sonrası 1 hafta ile 3 ay arası uygulanmakta idi. Biz de enjeksiyonu 3 hafta sonra uyguladık. Bizim çalışmamızdan alınan sonuçların ve çalışma planının, ülkemizde bu konu ile daha gelişmiş çalışmalara örnek olabileceğini düşünüyoruz.^[4]

Çalışmamızda da belirttiğimiz gibi takip süremiz kısadır ve uzun takip süresi ile alınmış olan başarılı sonuçların azalacağını biliyoruz. Ayrıca, medial ve lateral menisküs yırtığı oranı ve yırtık tiplendirmesi konusundaki önerinize katılıyoruz; ayrıca, bu şekilde yapılan bir çalışmanın etkinliği ve güvenilirliğinin çok daha fazla olacağı bizce de açıktır. Ancak, yukarıda da belirtildiği gibi, çalışma planı yapıldığında bu verilerin değerlendirilmesi planlanmadığı için veriler geriye dönük olarak değerlendirilmedi. Literatürdeki genel bilgiler gösteriyor ki, mekanik şikayeti ve ameliyat öncesi MR'de menisküs yırtığı olan ve özellikle diz fleksiyonuyla ve gece ağrısı olan hastalar artroskopik debridmandan fayda görmektedir.^[5] Ayrıca, tartışmada da belirttiğimiz gibi, etik nedenlerden dolayı plasebo cerrahi yapılamadığından, bu sonuçlar hakkında net ve kesin fikir yürütemiyoruz.

HA preparatlarının etkinliğinin belirlenmesi için ileri sürdüğünüz görüşe katılmıyoruz; çünkü, HA preparatlarının etkinliği 3. haftada başlar ve özellikle bu dönemde ilk olarak analjezik etkinliği ortaya çıkar.^[5,6] Etkinlik bir yıla kadar sürer. Bizim çalışmamızda ilk enjeksiyondan 3 hafta sonra değil, 3. enjeksiyondan 3 hafta sonra anketler yapılmış olup, toplam süre ilk enjeksiyondan itibaren 6 haftadır.

GAS bilindiği gibi subjektif, yüzeysel ve hastanın o anki durumu ile bilgi veren basit bir ankettir. Bundan dolayı, daha çok fonksiyonu gösteren WOMAC

anketinin sonuçlarının hastaların genel durumu ve fonksiyonu ile ilgili daha doğru bilgi verebileceğini düşünüyoruz. Ancak, genel tıp literatüründe, GAS skoru da kabul edilmiş bir anket yöntemidir.

Bizce de, görülmüş olan komplikasyonlar hasta memnuniyetini bir miktar etkilemektedir. Ancak, ciddi diz ağrısından dolayı yürümekte zorlanan ve geceleri ağrıdan dolayı uyuyamayan hastalarda bu baş ağrısı, baş dönmesi ve enjeksiyon yerindeki lokal ağrının getirdiği memnuniyetsizlik, tedavinin getirdiği memnuniyeti bir miktar düşürse de, genel olarak hastalar yeni durumlarından ve çok daha az ağrılı dizlerinden memnun idi. Komplikasyonların dağılımı ile ilgili veri sayısı anlamlı olmadığı için karşılaştırma yapılmadı. Hasta memnuniyeti anketi internetten ve Sağlık Bakanlığı'nın internet sitesinden bulunabilecek basit bir anket olup, sadece hastanın durumundan ne kadar memnun olduğu sorusuna verilen "Çok memnunum-5 puan, memnunum-4 puan, ortalama memnunum 3-puan, az memnunum 2-puan ve hiç memnun değilim-1 puan" ile yapılan genel bir ankettir. Her ne kadar GAS gibi yüzeysel olsa da basit ve kolay uygulanabilir bir anket olduğu için çalışmamızda destekleyici ek bir anket olarak kullandık.

Sayın editör, genel olarak yabancı dergilerde gördüğümüz okur görüşlerinin ülkemizdeki dergilerde de görülmesinin, bizleri daha iyi çalışmalar ve araştırmalar yapmaya iteceğini düşünüyoruz.

Saygılarımızla.

Yazarlar adına,

Dr. Çağatay Uluçay

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,
34752 Kozyatağı, İstanbul. Tel: 0216 - 578 40 51
e-posta: culucay@tnn.net

Kaynaklar

1. Fischer SP, Fox JM, Del Pizzo W, Friedman MJ, Snyder SJ, Ferkel RD. Accuracy of diagnoses from magnetic resonance imaging of the knee. A multi-center analysis of one thousand and fourteen patients. J Bone Joint Surg [Am] 1991; 73:2-10.
2. von Engelhardt LV, Schmitz A, Pennekamp PH, Schild HH, Wirtz DC, von Falkenhausen F. Diagnostics of degenerative meniscal tears at 3-Tesla MRI compared to arthroscopy as reference standard. Arch Orthop Trauma Surg 2008;128:451-6.
3. Weinstabl R, Muellner T, Vécsei V, Kainberger F, Kramer

- M. Economic considerations for the diagnosis and therapy of meniscal lesions: can magnetic resonance imaging help reduce the expense? World J Surg 1997;21:363-8.
4. Heybeli N, Doral MN, Atay OA, Leblebicioğlu G, Üzümcügil A. Intra-articular sodium hyaluronate injections after arthroscopic debridement for osteoarthritis of the knee: a prospective, randomized, controlled study. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42:221-7.
 5. Atay T, Aslan A, Baydar ML, Ceylan B, Baykal B, Kırdemir V. The efficacy of low- and high-molecular-weight hyaluronic acid applications after arthroscopic debridement in patients with osteoarthritis of the knee. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2008; 42:228-33.
 6. Haq I, Murphy E, Dacre J. Osteoarthritis. Postgrad Med J 2003;79:377-83.

Sayın Editör,

Toker ve ark. tarafından yazılmış olan ve derginizin 42/3 sayısında basılan “Tenisçi dirseği tedavisinde antienflamatuvar ilaç tedavisinin tek başına ve kortikosteroid ve anestezi karışımı enjeksiyonla birlikte kullanılmasının kısa dönem sonuçları” başlıklı makaleyi ilgiyle okuduk.^[1]

Yazarlar, tenisçi dirseği gibi sık görülen bir kas ve iskelet sistemi sorununu toplam 10 ve 11 hastadan oluşan iki grupta (grup 1: sadece antienflamatuvar; grup 2: antienflamatuvar ve lokal enjeksiyon) ağrı puanlaması ile karşılaştırmışlardır. Bir aylık takip sonucunda ağrının her iki grupta da azaldığı ve enjeksiyon grubunda bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ($p=0.036$) daha iyi olduğu bulgusunu elde etmişlerdir. Bununla birlikte, yazarlar çıkarımlar bölümünde, “uygulanan kombinasyon tedavisi kısa dönemde büyük yarar sağlasa da bu etkinin geçici olabileceği ve steroidlerin tendonlar üzerindeki yan etkilerinin de dikkate alınması gerektiği” sonucuna varmışlardır. Biz bu çıkarımı, çalışmanın hipotezi ve elde edilen bulgularının ötesinde bir spekülasyon olarak değerlendiriyoruz. Elde edilen bulgulara göre çalışmanın çıkarımı, “Kısa dönemde kortikosteroid enjeksiyonu eklenmesi ile antienflamatuvar ilaç ile elde edilen sağaltımdan daha iyi bir sonuç elde edilmiştir.” olmalıdır. Kaldı ki, daha uzun takip süresi olan ve daha geniş hasta gruplarında, daha objektif kriterler ile (el dinamometresiyle ağrısız kavrama

gücü, geçerliliği onaylanmış bir skorlama sistemi olan “The Patient Related Forearm Evaluation Questionnaire: PRFEQ”) planlanan güncel bir prospektif, randomize, kontrollü çalışmada da yazarlar dört grup arasında en iyi sonuçları steroid enjeksiyonu ile aldıklarını bildirmişlerdir.^[2]

Sonuç olarak, kısa dönem karşılaştırmalı çalışmalarda elde edilen bulguların yorumlanması ve ilaçların çalışmacılar tarafından değerlendirilmemiş ve sorgulanmamış olan etkilerinin çıkarımlar bölümünde mesaj olarak verilmesinde daha dikkatli olunması gerektiğini düşünüyoruz.

Saygılarımızla.

Dr. Nurettin Heybeli,
Dr. Cem Çopuroğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,
22030 Edirne. Tel: 0284 - 236 09 09 / 4702
e-posta: heybelin@yahoo.com

Kaynaklar

1. Toker S, Kılınçoğlu V, Aksakallı E, Gülcan E, Özkan K. Short-term results of treatment of tennis elbow with anti-inflammatory drugs alone or in combination with local injection of a corticosteroid and anesthetic mixture. [Article in Turkish] Acta Orthop Traumatol Turc 2008;42:184-7.
2. Tonks JH, Pai SK, Murali SR. Steroid injection therapy is the best conservative treatment for lateral epicondylitis: a prospective randomised controlled trial. Int J Clin Pract 2007; 61:240-6.

Yazarın yanıtı / Author's reply

Sayın Editör,

Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica derginizin 2008 yılı 3. sayısında yayımlanan “Tenisçi dirseği tedavisinde antienflamatuvar ilaç tedavisinin tek başına ve kortikosteroid ve anestezi karışımı enjeksiyonla birlikte kullanılmasının kısa dönem

sonuçları’ adlı yazımıza ilişkin tarafınıza gönderilen mektubu ilgiyle okuduk.

Okuduğumuz yorumları değerlendirdiğimizde görüldü ki, yazarlar çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlardan, çalışma planımızdan ve çalışmamızın sonucunda elde edilebilecek bilgi ve yararlardan çok