

HER İKİ KALÇADA AYNI ANDA GELİŞEN İDYOPATİK BİLATERAL AVASKÜLER NEKROZ: OLGU SUNUMU

Bilateral Idiopathic Avascular Necrosis of Both Hip Developing at the Same Time: Case Report

Abdullah Erman YAĞIZ Nilgün ÜSTÜN* Hayal GÜLER* Ayşe Dicle TURHANOĞLU
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, Hatay, Türkiye*

Özet

Avasküler nekroz çeşitli nedenlerle kan akımında bozulma sonucunda ortaya çıkan kemiğin hücresel ölümüdür. Burada her iki kalçasında aynı anda gelişen bilateral avasküler nekrozlu bir olgu sunmayı amaçladık. 50 yaşında erkek hasta 2 aydır her iki kalça bölgesinde ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde özellik yoktu. Fizik muayenesinde her iki kalça hareketleri ağrılıydı. Çekilen kalça MR, her iki femur başı tepesinde hafif derecede fokal düzensizlik şeklinde rapor edildi. Bu bulgularla hastaya bilateral idyopatik avasküler nekroz tanısı kondu. Sonuç olarak, kalça avasküler nekrozu genellikle tek eklemden görülür. Ancak bizim hastamızda olduğu gibi herhangi bir etyolojik faktör bulunmaksızın her iki kalça eklemi de aynı anda etkilenebilir.

Anahtar Kelimeler: İdyopatik, bilateral avasküler nekroz, kalça tutulumu

Abstract

Avascular necrosis is the cellular death of bone caused by deterioration of blood flow from various reasons. Here, a case with bilateral avascular necrosis of both hips developing at the same time is presented. 50-year old male patient applied to our clinic with the complaint of pain in both hips for 2 months. His history was unremarkable. On physical examination, both hip movements were painful. MR imaging of both hips was reported as mild focal irregularity at the top of the femoral head. The patient was diagnosed with bilateral idiopathic avascular necrosis. As a result, usually hip avascular necrosis is seen unilaterally. However, sometimes as in our patient, both hips may be affected simultaneously without any revealed etiological factor.

Key Words: Idiopathic, bilateral avascular necrosis, hip involvement

Geliş Tarihi / Received: 13.05.2013, Kabul Tarihi / Accepted: 25.06.2013

Giriş

Avasküler nekroz (AN) çeşitli nedenlerle kan akımında bozulma sonucunda ortaya çıkan kemiğin hücresel ölümüdür. En sık femur başında görülmekle birlikte distal femur, humerus başı, el bileği ve ayağın küçük eklemlerinde de gelişebilir. Hastalar çoğunlukla 50 yaş altında olup erkeklerde, kadınlardan sekiz kat daha fazla görülür. (1). İlk başvuru anında tek kalçada avasküler nekroz saptanan hastalarda, ikinci kalçada 5 yıl içinde semptomatik hastalık gelişme oranı %2-7.8'dir. Her iki kalçasında tutulum olan hastaların, ikinci kalça için geçen asemptomatik süre 4.6-5.5 yıldır (2). Burada her iki kalçasında aynı anda gelişen bilateral avasküler nekrozlu bir olgu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

50 yaşında erkek hasta 2 aydır her iki kalça bölgesinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin hareketle ve ayakta kalmakla arttığı, istirahatla azaldığı, ara ara geceleri de olduğu ama kullandığı ağrı kesici ilaçlarla geçmediği öğrenildi. Travma, ilaç, alkol kullanımı, ateşli hastalık geçirme gibi özellikleri olmayan hastanın yorgunluk, iştahsızlık, sabah tutukluluğu gibi ek şikayetleri yoktu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Sistem sorgusu normaldi. Fizik muayenesinde her iki kalça hareketleri ağrılıydı ve kalça dış rotasyonlarında minimal kısıtlılık mevcuttu. Diğer eklemlerde hareket kısıtlılığı, aktif artrit, ısı artışı yoktu. Rutin biyokimyasal tetkikleri, tam kan sayım, sedimentasyon ve CRP normaldi. Her iki kalça direk radyografisi normal olarak değerlendirildi. Çekilen kalça MR, her iki femur başı tepesinde hafif derecede fokal düzensizlik, subkondral kemik iliği ödemi ve femur başı, boynu düzeyinde kemik iliği ödemi alanları şeklinde rapor edildi. Bu bulgularla hastaya bilateral idyopatik avasküler nekroz tanısı kondu ve Ortopedi kliniğinde dekompresyon ameliyatı uygulandı.

TARTIŞMA

Femur başının AN'u, tüm kalça bozuklukları olgularının %3'ne karşılık gelir. Prevelansı ise tam olarak bilinmemektedir (3). Altta yatan etyolojiye göre primer (idyopatik) ve sekonder (travmatik-nontravmatik) olarak iki gruba ayrılır (4). Sekonder nedenler arasında femur boyun kırığı, kalça dislokasyonu, steroid ve alkol kullanımı, kollojen doku hastalıkları, hipofibrinolitik ve trombofilik hastalıklar, Caisson hastalığı, transplantasyon ve orak hücreli anemi sayılabilir (5). Hastamızda ise herhangi bir altta yatan etyolojik faktör bulunamadı ve idyopatik olarak değerlendirildi.

Hastalarda klinik olarak en sık yük vermekle artan ağrı şikayeti görülür. Ağrı bel, kasık ve uyluğa yayılabilir. Bazı hastalar venöz staz sonucu, intraosseöz basınç artışına bağlı gece ağrısından yakınabilirler. Hastalığın ilerlemesi ile ağrı artarken eklem hareket açıklıklarında azalma saptanır (6). Her iki kalçasında tutulum olan hastaların, ikinci kalça için geçen asemptomatik süre 4.6-5.5 yıldır (2). Hastamızda da yük vermekle artan ve ara ara geceleri olan ağrı şikayeti vardı ve kalça dış rotasyonunda minimal kısıtlılık mevcuttu. Ama olgumuzun önemli özelliği her iki kalçada aynı anda şikayetlerin başlamasıydı.

Hastaların tanısında erken evrelerde direk röntgen grafisinde, bizim hastamızda da olduğu gibi anormal bir bulgu saptanamayabilir. Burada en önemli tanı yöntemi MR ve kemik sintigrafisidir (7). Direk röntgen grafisinde, subkondral kist oluşumu ve ve skleroz görülürken ilerlemiş vakalarda ise AN için patognomik olan hilal bulgusu ile femur başında düzleşme ve subkondral kollaps izlenebilir. Tedavi edilmemiş olgularda ise osteofit oluşumu ile eklem aralığında daralma saptanır (8). Biz de hastamızın kliniği ve MR bulgularını birleştirerek bilateral avasküler nekroz olarak değerlendirdik.

Femur başı avasküler nekrozunun tedavisinde amaç, hastanın ağrısını gidermek ve kalça stabilitesini sağlamaya yönelik olup konservatif ve cerrahi yöntemler olarak iki grupta incelenebilir. Konservatif tedavide altta yata etyolojik faktörlerle ilgili önlemler alınması tedavinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Medikal tedavide kolesterol düşürücü ilaçlar, antikoagülanlar ve bifosfonatlar önerilmektedir (5). Cerrahi yöntemler olarak ise kor dekompresyon, osteotomiler, nonvaskülarize ve vaskülarize kemik greftleri ve kalça artroplastileri AN'un evresine göre uygulanmaktadır (8).

Sonuç olarak AN gelişiminde travma, kortikosteroid kullanımı, alkol tüketimi gibi bir çok etken rol alabileceği gibi altta yatan herhangi bir etyolojik faktör olmadan idyopatik olarak da ortaya çıkabilmektedir. Kalça avasküler nekrozunun tek taraflı ve bilateral olarak gelişebileceği ve ancak bizim hastamızda da olduğu gibi altta herhangi bir etyolojik faktör olmaksızın ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Mazires B. Osteonekroz Uğur M (çeviren). In: Hocberg M, Silman AJ, Smolen J, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). Romatoloji. Ankara:Rotatıp Kitapevi, 2011:1777-1789
2. Rizzo M, Urbanak JR. Osteonekroz Tan K, Taşkınatan MA (çeviren). In: Harris ED, Budd CR, Genovese MC, Firestein GS, Sargent JS, Sledge CB. Kelly Romatoloji. Ankara:Güneş Kitabevi, 2006:1812-1828.

3. Sekkat J, Rachidi O, Janani S, Mkinsi O. Idiopathic avascular necrosis of the femoral heads in five members of a Moroccan family. *Joint Bone Spine*. 2012;79:504-6
4. Kamal D, Traistaru R, Alexandru DO, Kamal CK, Pirici D, Pop OT, Malaescu DG. Morphometric findings in avascular necrosis of the femoral head. *Rom J Morphol Embryol*. 2012;53:763-7.
5. Özçakı Ş. Kalçanın avasküler nekrozu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2009;55:25-9.
6. Pajaczkowski JA. The stubborn hip: idiopathic avascular necrosis of the hip. *J Manipulative Physiol Ther*. 2003;26:107.
7. Imhof H, Breitenseher M, Trattinig S, Kramer J, Hofmann S, Plenk H, Schneider W, Engel A. Imaging of avascular necrosis of bone. *Eur Radiol*. 1997;7:180-6.
8. Kaushik AP, Das A, Cui Q. Osteonecrosis of the femoral head: An update in year 2012. *World J Orthop*. 2012;18:49-57.