

Akut Dirsek Ağrısının Nadir Bir Nedeni Kalsifik Tendinit: Olgu Sunumu

Canan TIKIZ¹, Özlem EROL DURGUN¹, Şebnem ÖRGÜÇ²

Gönderim Tarihi / Received: 08.03.2017

Kabul Tarihi / Accepted: 28.09.2017

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi FTR Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Tahir Buran, e-mail: tikizc@gmail.com

ÖZ

Akut kalsifik tendinit, sıklıkla orta yaşlarda görülen ve tendonda hidroksiapatit kristallerinin çökmesi ile karakterize olan bir hastalıktır. Yaygın olarak omuz bölgesinde görülüp, dirsek yerleşimi oldukça nadirdir. Ani başlayan şiddetli ağrı esas semptom olup; akut enfeksiyon, avülsiyonfraktürü ya da diğer inflamatuvar patolojilerle karışabilmektedir. Kalsifik tendinit, klinik ve radyolojik olarak kendini sınırlayan bir süreçte sahip olup, haftalar içinde tedavi olmadan dazolüsyon görülebilmektedir. Tedavide immobilizasyon, steroid olmayan antiinflamatuvar (SOAİ) ilaç, kolşisin ve steroid enjeksiyonu yer almaktadır. Bizde bu yazımızda şiddetli dirsek ağrısı ile kliniğimize başvuran akut kalsifik tendinit tanılı genç yaşta bir olgu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Kalsifik Tendinit, MRG

ABSTRACT

Acute calcific tendinitis is a disease characterized by frequent middle age and characterized by the collapse of hydroxyapatite crystals in the tendon. Commonly seen in the shoulder region, elbow placement is very rare. Severe pain that starts suddenly is the main symptom. The diagnosis can be confused with acute infection, avulsion fracture or other inflammatory pathologies. Calcific tendonitis has a clinical and radiologic limitation, and resolution may occur without treatment within weeks. Treatment includes immobilization, non-steroidal antiinflammatory drug, colchicine and steroid injection. In this case, we present a young patient with acute calcific tendinitis who presented with severe elbow pain.

Keywords: Calcific Tendinitis, MRG

GİRİŞ

Akut kalsifik tendinit, sıklıkla 40-60 yaşları arasında görülen intra-tendinöz hidroksiapatit kristalleri birikmesi ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, yaygın olarak omuz bölgesinde görülmektedir (1). Bunun dışında birçok bölgenin tendon patolojilerinde tanımlanmış olup, dirsek ağrısı nedeni olarak oldukça nadirdir (2). Tanı aşamasında sıklıkla akut enfeksiyon, avülsiyonfraktürü ya da diğer inflamatuvar patolojilerle karışabilmektedir. Hastanın öyküsünde ani başlayan şiddetli ağrı, hassasiyet, ödem ve eritem gibi yakınmalar mevcuttur. Direkt radyografide kalsifikasyon ile karakterizedir. Bu sunumda şiddetli dirsek ağrısı ile kliniğimize başvuran ve akut kalsifik tendinit tanılı bir olgu sunduk. Bu konuda oldukça az sayıda literatür mevcut olup, dirsek ağrısı ayırıcı tanısında ele alınması amaçlanmıştır.

OLGU

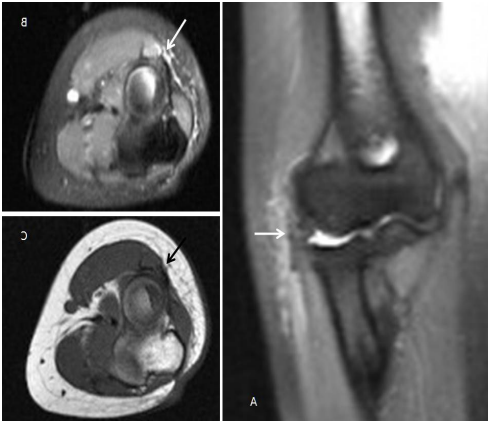
19 yaşında kadın hasta 1 hafta önce ani başlayan şiddetli sağ dirsek ağrısı ile başvurdu. Ağrısının ön kol ve el bileğine yayılım gösterdiği ve hareket ile arttığı, travma ya da zorlayıcı aktivite öyküsünün olmadığı öğrenildi. Bu şikayetle daha önce acil servise başvuran hastaya SOAİ ilaç enjeksiyonu yapıp, fizik tedavi poliklinik kontrolü önerilmiş. Yaptığımız lokomotor sistem muayenesinde sağ dirsek lateral epikondil palpasyonla aşırı ağrılı ve hassas (VAS skoru 10) idi. Şişlik, kızarıklık ya da ısı artışı mevcut değildi. Dirsek eklem pasif hareket

açıklığı tam olup, aktif hareketlerde ekstansiyonda minimal kısıtlılık mevcuttu. Dirençli el bilek ve orta parmak ekstansiyonu testi pozitif. Servikal kompresyon ve spurling testleri negatifti. Nörolojik muayenesi normaldi.

Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı ve rutin biyokimyası normal sınırlarda, ESR 21 mm/saat, CRP 5,31 mg/dl idi. Radyografide lateral epikondil komşuluğunda tendon trasesine uyan kalsifikasyon görüldü (Resim 1). MRG'de ortak ekstansör tendon yerleşiminde düşük sinyalli odak yanı sıra tendonda ve komşu yumuşak dokularda enflamatuvar özellikte T2a sinyal artışı izlendi (Resim 2). Hastaya lokal ve oral (SOAİ) ilaç tedavisi verildi ve 10 gün sonra kontrole çağrıldı. Hasta kontrole geldiğinde ağrılarının kaybolduğu ve hareket kısıtlılığının olmadığı görüldü. Çekilen kontrol radyografisinde kalsifikasyon alanının kaybolduğu izlendi (Resim 3).



Resim 1: Sol dirseğe yönelik AP direk grafide lateral epikondil komşuğunda ortak ekstansör tendontrasesine uyan kalsifikasyon (ok).



Resim 2: Sol dirsek MRG incelemesi: 2A: Aksiyel yağ baskılı PD, 2B: aksiyelT1a, 2C: koronal STIR serilerde ortak ekstansörtendon yerleşiminde direkt grafideki kalsifikasyona uyan düşük sinyalli odak (oklar), tendonda ve komşu yumuşak dokularda enflamatuvar özellikte T2 sinyal artışı.



Resim 3: Sol dirseğe yönelik tedavi sonrası 10.günde elde olunan kontrol grafide kalsifikasyonun rezolüsyonu.

TARTIŞMA

Bu yazıda sağ dirsekte ağrı şikayeti ile başvuran bir olguyu sunduk. Dirsek ağrısı pratikte sık karşılaşılan bir yakınma olup, ayırıcı tanısı dikkatle yapılmalıdır. Lateral dirsek ağrısı sıklıkla; lateral epikondil, radiohumeral eklem, posterior interossöz sinirin kompresyonu ya da yansıyan ağrı kaynaklıdır (6).

Radial tünel sendromu ve posterior interossöz sinir kompresyonu ile oluşan ağrıda radius başı ağrılıdır, hassasiyet lateral epikondilin distalindeki ön kol kaslarında ve supinatörün yan kenarında lokalize olup, el bileği fleksiyonu ile kol tam pronasyonda oluşur. El ve el bileği ekstansörlerinde güç kaybı olabilir ve konservatif tedaviye cevap vermez (7). Bizim hastamızda güç kaybının bulunmaması, ağrı lokalizasyonunun farklı olması ve konservatif tedaviye yanıt vermesinden dolayı bu tanıyı düşünmedik.

Servikal radikülopatilerde özellikle C5-C6 radikülopatiler ve omuz kaynaklı patolojiler benzer bir ağrı tablosu yaratabilir, fakat fizik muayene ile kolayca ayırıcı tanısı yapılabilir. Bizim olgumuzun servikal kompresyon ve spurling testleri negatif olup, radiküler ağrı öyküsü yoktu. Dirsek ekleminde kaynaklı ağrı ise, epikondil ve olekranon arasında olup daha çok posteriora doğrudur. Ağrı iyi lokalize edilmeyip, dirsek efüzyonuna bağlı olarak dirsek ekleminde hareket kısıtlılığı da eşlik edebilmektedir. Olgumuzun dirsek ekleminde şişlik, ısı artışı ya da kızarıklık bulunmamaktaydı ve romatolojik sorgulamasında özellik yoktu.

Lateral epikondilitte ağrı iyi lokalizedir ve ön kola, 3. ve 4. parmağa veya omuza yayılabilir. Ağrı kavrama, supinasyon-pronasyon gibi rotasyon hareketleri, ağır taşıma ile ağırlaşabilir. Hastamızda ağrı lokalizasyonu ve muayene bulgularının uyumlu olması nedeniyle ayırıcı tanıda ilk olarak akla gelmektedir. Fakat hastamızda ağırlaştırıcı faktörler bulunmamaktaydı. Bununla birlikte lateral epikondilitte de kronik vakalarda radyografik olarak dirsek çevresinde kalsifikasyon görülebilir (4). Ancak hastamızda akut başlangıçlı öykü bulunması, MRG'de tendon kalsifikasyonu izlenmesinden dolayı kalsifik tendinit olarak düşünüldü.

Akut kalsifik tendinit etyolojisi tam olarak bilinmeyen daha çok orta yaşlarda görülen ve tendonda hidroksi apatit kristallerinin çökmesi ile karakterize olan bir hastalıktır (6). Yaygın olarak rotator kılıf üzerinde görülen bu durum yalnızca omuzda değil, benzer lezyonlar kalça, diz, el ve ayak bileğinde de görülebilmektedir. Fakat akut dirsek ağrısı nedeni olarak oldukça nadirdir. Hasta şikayetindeki esas semptom şiddetli ağrıdır. Akut kalsifik tendinit, klinik ve radyolojik olarak kendini sınırlayan bir sürece sahip olup, haftalar içinde tedavi olmadan da rezolüsyon görülebilmektedir (8). İmmobilizasyon ve nsaii tedavisi semptom süresini 7 güne kısaltabilmektedir. Steroid enjeksiyonu ve kolşisinin başarılı sonuçları mevcut olup kullanılmaktadır (9). Tedavi sonrası, radyografideki kalsifikasyon alanın kaybolma eğiliminde olduğu izlenmiştir (4,10). Bizim hastamızda da kortikosteroid enjeksiyonu yapılması planlandı. Fakat hastanın medikal tedavi sonrası şikayetlerinin kaybolması ve direkt grafide

kalsifikasyon alanında rezolüsyon izlenmesi üzerine kortikosteroid enjeksiyonu yapılmadı.

Sonuç olarak akut şiddetli dirsek ağrısı ile presente olan bir hastada travma ya da üst ekstremitenin tekrarlanan kullanım öyküsü yoksa, hastanın direk grafisi çekilerek kalsifik tendinit tanısı akla getirilmelidir. Steroid olmayan antiinflamuar ilaç tedavisi ya da kortikosteroid enjeksiyonuna dramatik yanıt gösterip, haftalar içerisinde kalsifikasyonda rezolüsyon gözlenmektedir (2,5).

KAYNAKLAR

1. Holt PD, Keats TE. Calcific tendinitis: a review of the usual and unusual. *Skeletal Radiol* 1993;22(1):1-9
2. Siegal, Daniel S., et al. "Calcific tendinitis: a pictorial review." *Canadian Association of Radiologists Journal* 60.5 (2009): 263-272
3. Jawad, F., and A. S. Jawad. "Calcific periarthritis of the elbow presenting as acute tennis elbow." *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 44.1 (2014): 27-28.
4. Yuill, Erik A., and Grant Lum. "Late epicondylitis and calcific tendonitis in a golfer: a case report and literature review." *The Journal of the Canadian Chiropractic Association* 55.4 (2011): 325
5. Wiper, Jonathan D., and Anselmo Garrido. "Acute calcific tendinitis." *New England Journal of Medicine* 359.23 (2008): 2477-2477
6. Merle, Michel, and Aymeric YT Lim. *Elective Hand Surgery: Rheumatological and Degenerative Conditions, Nerve Compression Syndromes*. World Scientific, 2011
7. Fedorczyk, Jane M. "Tendinopathies of the elbow, wrist, and hand: histopathology and clinical considerations." *Journal of Hand Therapy* 25.2 (2012): 191-201.
8. Yosipovitch, G., and Z. Yosipovitch. "Acute calcific periarthritis of the hand and elbows in women. A study and review of the literature." *The Journal of Rheumatology* 20.9 (1993): 1533-1538.
9. Dumas, Christopher, et al. "Acute calcific periarthritis of the hand and wrist: a series and review of the literature." *Emergency Radiology* 14.4 (2007): 199-203.
10. Dille DE, Tonkin MA. Acute calcific tendonitis in the hand and wrist. *J Hand Surg.* 1991;16B:215-6

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

