



Gebelikteki Geçici Kalça Osteoporozu Olgusu

Case of Transient Osteoporosis of the Hip in Pregnancy

Hamza Sucuoğlu, Sermed Hussain*, Şansın Tüzün*

Silopi Devlet Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Şırnak, Türkiye

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Geçici kalça osteoporozu (GKO), etyolojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Sıklıkla üçüncü trimesterdeki gebelerde ve orta yaşlı erkeklerde görülür. Olgular şiddetli kalça ağrısı ve yürümede bozukluk ile başvururlar. GKO'nun prognozu iyidir. Konservatif tedavi yaklaşımları ve yatak istirahati ile birkaç ayda şikayetler tam olarak düzelir. Bu bildiride; üçüncü trimesterde, bilateral şiddetli kalça ağrısı ile başvuran GKO tanısı koyduğumuz bir gebe hastanın kliniğini, tanı ve tedavisini literatür eşliğinde sunuyoruz. (Türk Osteoporoz Dergisi 2014;20: 132-4)

Anahtar kelimeler: Kalça ağrısı, gebelik, geçici kalça osteoporozu, konservatif tedavi

Summary

Transient osteoporosis of the hip is an uncommon disease, the cause is not known. It is usually seen in women in the third trimester of pregnancy and in middle-aged men. Patients present with acute, severe hip pain which generally resulting in gait disorder. Prognosis of transient osteoporosis of the hip is good. Within few months of appropriate conservative approach and bed rest patient's complains can be fully recovered. In this article; we present the clinical features, diagnosis and treatment options of patients presented to our clinic with severe bilateral hip pain during the third trimester of pregnancy diagnosed as transient osteoporosis accompanied by literature review. (Turkish Journal of Osteoporosis 2014;20: 132-4)

Key words: Hip pain, pregnancy, transient osteoporosis of the hip, conservative treatment

Giriş

Geçici kalça osteoporozu (GKO), etyolojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır (1). Sıklıkla üçüncü trimesterdeki gebelerde ve orta yaşlı erkeklerde görülür (2). Olgular şiddetli kalça ağrısı ve yürümede bozukluk ile başvururlar ve sıklıkla bu şikayetler yürümede bozukluğa neden olur. Herhangi bir travma öyküsü tariflemeyen bu hastaların prognozu iyidir (3). Konservatif tedavi yaklaşımları, yatak istirahati ile hastalık kendini sınırlar ve genellikle birkaç ayda şikayetler tama yakın düzelir (3,4). Bu bildiride; üçüncü trimesterde, bilateral şiddetli kalça ağrısı ile başvuran ve yürümede zorluk şikayetleri olan GKO tanısı koyduğumuz ve konservatif tedavi ile düzelen bir gebe hastamızı sunuyoruz.

Olgu

Otuz bir yaşında gebeliğin 34. haftasında başlayan şiddetli her iki kalça ağrısı ve yürümede zorluk şikayeti ile başvurdu. İkiz çocuklara

gebe olan hastanın travma, kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu. Kalça ağrılarının aniden başladığını ve özellikle ayakta dururken, yürürken arttığını ve istirahatte azaldığını tarifledi. Muayenede antalgik ve zorlukla yürüyen hastanın bilateral kalça hareketleri aktif ve pasif olarak belirgin ağrılı ve ağrıya bağlı olarak kısıtlıydı. Lomber eklem hareketleri tüm yönlerde açık ve ağrısız, düz bacak kaldırma testi negatifti. Nörolojik defisit yoktu. Laboratuvar incelemeleri normaldi. Gebelik nedeniyle hastanın direkt radyografisi ve sırt üstü uzun süre yatamadığından kalça manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) çektilerilemedi. Hastada GKO düşünülerek konservatif tedavi olarak basit analjezik, kalsiyum ve D vitamini replasmanı, alt ekstremitelere yük vermemek için kanadyen tipi baston ve istirahat önerildi. Ağrılara dayanamayan hastaya 35. gebelik haftasında kendi isteği üzerine sectio ile doğum yaptırıldı. Bunun üzerine çekilen pelvis grafisinde bilateral femur boynunda hafif osteopenik görünüm mevcuttu. MRG'de ise bilateral femur başından diafiz seviyeye kadar uzanan

medüller kemik iliği ödemi alanları görüldü, avasküler nekroz düşündürerek tipik fissür hattı izlenmedi ve kalçada tariflenen lezyonların geçici osteoporoz düşündürdüğü rapor edildi (Resim 1, 2). Hastanın doğum öncesi başlanan konservatif tedavisi aynen sürdürüldü. Birinci ayda yapılan kontrolde yürüme daha iyi, kalça hareketleri açık ve ağrı azalmış bulundu. Üçüncü aydan sonra hastanın şikayetleri tamamen düzeldi.

Tartışma

GKO oldukça nadir görülen, etyolojisi henüz net olarak tanımlanmamış, travma olmaksızın şiddetli kalça ağrısı ile ortaya çıkan bir klinik tablodur. 1959'da üçüncü trimesterde gebelikleri olan üç kadında "kalçanın geçici demineralizasyonu" olarak ilk defa tanımlanmış ve "kalçanın geçici osteoporozu" şeklindeki isimlendirme ise 1968'de kullanılmıştır (5-8).

Literatürdeki GKO olgularının çoğu, orta yaşlı ve yaşlı erkekler ile 3. trimesterdeki gebelerdir (9). GKO sıklıkla kalçayı tutmasına rağmen, nadir olgularda diz ve ayak bileği gibi eklemlerde de tutuluma neden olabilmektedir (10). Bilateral kalça tutulumu gebelerde bildirilmiştir (8). Bizim hastamız da bilateral kalça tutulumu olan 3. trimesterdeki bir gebeydi.

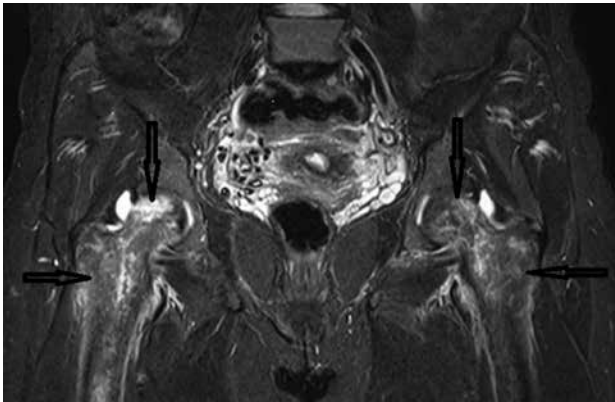
GKO'da hastalar genellikle kendiliğinden başlayan şiddetli kalça ağrısı ile başvururlar. Bu ağrı yük vermekle artan, istirahatle

azalan karakterdedir (11). Günler içerisinde daha da şiddetlenen ağrı nedeniyle yürümede zorluk şikayeti baston kullanımını gerektirir. Fizik muayene; kalça hareketlerinde ağrı ve buna bağlı hafif kısıtlılık ile antalgik yürüme dışında normaldir. Rutin biyokimyasal ve serolojik tetkikler genellikle normaldir. Olgumuz da ani gelişen şiddetli kalça ağrısı nedeniyle yürümekte zorluk çekiyordu ve rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi.

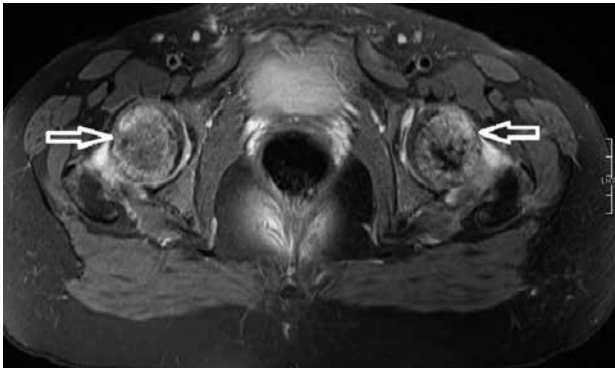
GKO'da tanı koymada bazı güçlükler yaşanabilmektedir. GKO tanısında özellikle, görüntüleme yöntemleri yardımcıdır. Direkt grafiler sıklıkla erken dönemlerde normal olmakla birlikte GKO ilerlediğinde femurda osteopenik değişiklikler görülebilir. Olgumuzun doğum sonrasındaki radyografisinde bilateral femur proksimalinde hafif osteopenik görünüm mevcuttu. GKO tanısında başarılı sonuç veren yöntem MRG'dir. MRG, özellikle avasküler nekrozunun (AVN) tanısında ve GKO ile ayırıcı tanıda en başarılı görüntüleme aracıdır (12,13).

Ayırıcı tanıda, AVN, septik artrit, osteomyelit, stres kırıkları, inflamatuvar eklem hastalıkları ve tümörler dikkate alınmalıdır (14,15). GKO ayırıcı tanısında en sık karıştırılan hastalık kalçanın AVN'sidir. Gebelerde GKO ve AVN normal popülasyona göre daha sık görülmektedir. Bu sebeple bu hastalıklar üzerinde ayırıcı tanı yapmak daha büyük bir önem arz etmektedir (16). GKO'da klinik spontan ve akut başlangıçlı, tutulum femur proksimalinde, MRG'de lezyon homojen ve prognoz kendi kendini sınırlayıcıdır. AVN'de ise klinik sinsi ve progresif seyirli, tutulum femur başının anteroposterior veya subkondral bölgesinde, MRG'de lezyon segmental veya fokal olup, tedavide cerrahi gerekebilir (3,8). Bizim olgumuzun doğum sonrası çekilen MRG'sinde AVN düşündürmeyen, femur proksimalinde homojen kemik iliği ödemi tutulumu alanları olan bilateral kalça tutulumu ile GKO tanısı desteklenmiştir.

GKO'nun tedavisi konservatif yöntemleri içermektedir. Tedavinin en önemli aşaması istirahat ve ağrıyan taraftaki kalça üzerine yük vermenin azaltılmasıdır (6). Bu amaçla baston, koltuk değneği veya tekerlekli sandalye kullanımı da gerekebilir. GKO'da komplikasyon olarak travmatik olmayan kırıklar ve kas atrofileri görülebilir (3,15). Kalça kırığı doğum sırasında bildirilmiştir. Bu nedenle sectio ile doğum, GKO'lu olgularda tercih edilmektedir (17). Gelişebilecek kas atrofisini önlemek ve kırık riskini azaltmak için kalça grubu kaslarına yönelik izometrik egzersizler başlanabilir (3). Ağrı kontrolünü sağlamak için ağrı kesiciler analjezik, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar ve TENS gibi analjezik akımlar kullanılabilir. Kalça, genellikle 6-14 ay içinde doğum sonrası remineralize olur (18). Bifosfonatlar, kalsiyum ve D vitamini ile antirezorptif tedavi, iyileşme döneminde birleşik önlemler olarak kullanılırlar (15). Literatürde bu tedavi yöntemlerinin analjezik etki sağladığı ve hastalık süresini azalttığı bildirilmiştir (10,14). Oral veya intravenöz bifosfonatların hızlı etkinliği gösterilmiştir (19,20). Ancak bu bileşiklerin plasentadan geçtiği ve fetal kemikte depolandığı doğrulandığından gebelik sırasında kullanılmamalıdır (21). Yanlışlıkla bifosfanat kullanılan az sayıda olguda herhangi bir olumsuz fetal etkisinin olmadığı görülmüne rağmen deneyim azdır (22). Kalsitonin ise plasentadan geçmediği



Resim 1. T2 Ağırlıklı Koronal Kesit MRG: Bilateral femur başından diafizer bölgeye kadar uzanan homojen kemik iliği ödemi görünümü



Resim 2. T2 Ağırlıklı Aksiyal Kesit MRG: Bilateral femur başı ve boynunda hiperintens kemik iliği ödemi ve eklem içi hafif sıvı artışı

için gebelikte alternatif bir seçenek olabilir. Bununla birlikte, kalsitonin kullanımı çok sporadik olmuş ve etkinliği, kullanım protokolü ve uzun vadeli sonuçları hakkında detaylı bilgi eksikliği olduğu bildirilmiştir (23). Ayrıca emziren kadınlarda bifosfonat ve kalsitonin kullanımına ilişkin veriler yetersiz olduğundan kullanımı önerilmemektedir. Emziren GKO hastalarında kalsiyum ve D vitamini replasmanı ile tedavi sürdürülebilir. Shenker ve ark. (24) sunduğu bir olguda ise gebelik ve emzirme döneminde pamidronat infüzyonu ile tedavi edilen bir GKO olgusu bildirilmiştir. Bu makalede pamidronatin oral emilimi kötü olduğundan ve 3 saatlik bir plazma yarı ömrü bulunduğundan, bebek tarafından absorbe edilmesinin mümkün olmadığı belirtilmiş ve 1 yıllık takipte çocukta hiçbir yan etki görölmediği bildirilmiştir. Biz de hastamızda, kalsiyum ve D vitamini replasmanı, basit analjezikler, istirahat, yük vermeme, baston kullanımı ve izometrik egzersizler gibi konservatif tedavi yaklaşımlarını kullandık. Gebelik veya emzirme dönemlerinde olan hastamıza bifosfonat veya kalsitonin kullanmadık.

Sonuç

Akut başlangıçlı kalça ağrısı, gebeliğin 3. trimesterindeki bir kadın hastada GKO tanısını akla getirmelidir. Ayrıca gebelerde ortaya çıkan akut kalça ağrısında ayırıcı tanı olarak AVN'de muhakkak hatırlanmalıdır. GKO tanısında MRG'nin oldukça başarılı bir görüntüleme metodu olduğu ve tedavi için esas ilkelerin; istirahat, yük vermeme, basit analjezikler ve antirezortif ajanları içeren konservatif tedavi yaklaşımları olduğu unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Bookhout MM, Boissonault WG. Physical therapy management of musculoskeletal disorders during pregnancy. In: Wilder E, editor. *Obstetric and Gynecologic Physical Therapy*. Newyork: Churchill Livingstone; 1988. p. 17-63.
2. Wilson AJ, Murphy WA, Hardy DC, Totty WG. Transient osteoporosis: transient bone marrow edema? *Radiology* 1988;167:757-60.
3. Ekim A. Gebelikteki geçici kala osteoporozu: bir olgu sunumu. *Osteoporoz Dünyasından* 2009;15:48-51.
4. Kotevoğlu N, şahin F, Deniz E, Taşpınar ř, Kuran B. Kalanın geçici osteoporozu: olgu sunumu. *Romatizma* 2008;23:31-4.
5. Kibbi L, Touma Z, Khoury N, Arayssi T. Oral bisphosphonates in treatment of transient osteoporosis. *Clin Rheumatol* 2008;27:529-32.
6. Cahir JG, Toms AP. Regional migratory osteoporosis. *Eur J Radiol* 2008;67:2-10.
7. Karantanas AH. Acute bone marrow edema of the hip: role of MR imaging. *Eur Radiol* 2007;17:2225-36.
8. Güzel R, Başaran S. Transient osteoporosis of the hip. *Turk J Phys Med Rehab* 2009;55:41-5.
9. Curtiss PH Jr, Kincaid WE. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. A report of three cases. *J Bone and Joint Surg* 1959;41:1327-33.
10. Lakhanpal S, Ginsburg WW, Luthra HS, Hunder GG. Transient regional osteoporosis. A study of 56 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1987;106:444-50.
11. Koo KH, Jeong ST, Jones JP Jr. Borderline necrosis of the femoral head. *Clin Orthop Relat Res* 1999;358:158-65.
12. Guerra JJ, Steinberg ME. Distinguishing transient osteoporosis from avascular necrosis of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77:616-24.
13. Malizos KN, Zibis AH, Dailiana Z, Hantes M, Karachalios T, Karantanas AH. MR imaging findings in transient osteoporosis of the hip. *Eur J Radiol* 2004;50:238-44.
14. Araysii TK, Tawbi HA, Usta IM, Hourani MH. Calsitonin in the treatment of transient osteoporosis of the hip. *Semin Arthritis Rheum* 2003;32:388-97.
15. Ergin T, Selam B, Lembet A, Öztürk HB, Damlacı A, Demirel C. Transient osteoporosis of pregnancy: case report. *J Turkish-Ger Gynecol Assoc* 2010;11:163-4.
16. Öncel S, Peker Ö. Gebelik Rehabilitasyonu. In: Oğuz H, Dursun E, Dursun N. *Tibbi Rehabilitasyon*. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2004. p. 1291-304.
17. Thomas E, Cox C, Murphy D, Beddard K. Hip fracture during labour due to transient osteoporosis of the hip in pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2000;20:197-8.
18. Liel Y, Atar D, Ohana N. Pregnancy-associated osteoporosis: preliminary densitometric evidence of extremely rapid recovery of bone mineral density. *South Med J* 1998;91:33-5.
19. Emad Y, Ragab Y, El-Shaarawy N, Rasker JJ. Transient osteoporosis of the hip, complete resolution after treatment with alendronate as observed by MRI description of eight cases and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2012;31:1641-7.
20. Schapira D, Braun Moscovici Y, Gutierrez G, Nahir AM. Severe transient osteoporosis of the hip during pregnancy. Successful treatment with intravenous bisphosphonates. *Clin Exp Rheumatol* 2003;21:107-10.
21. Cano-Marquina A, Tarin JJ, Garcia-Perez MA, Cano A. Transient regional osteoporosis. *Maturitas* 2014;77:324-9.
22. Levy S, Fayed I, Taguchi N, Han JY, Aiello J, Matsui D, et al. Pregnancy outcome following in utero exposure to bisphosphonates. *Bone* 2009;44:428-30.
23. Maliha G, Morgan J, Vrahas M. Transient osteoporosis of pregnancy. *Injury* 2012;43:1237-41.
24. Shenker NG, Shaikh MF, Jawad AS. Transient osteoporosis associated with pregnancy: use of bisphosphonate in treating a lactating mother. *BMJ Case Rep* 2010.