



## Femoroasetabular Sıkışma Sendromu: Olgu Sunumu

### Femoroacetabular Impingement Syndrome: Case Report

Özlem Demircioğlu, Berat Meryem Alkan, Fatma Fidan, Sinem Bozkurt

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

### Özet

Femoroasetabular sıkışma sendromu genç ve aktif kişilerde erken osteoartrit sebep olan kalça ağrısı nedenlerinden biridir. Femur ve asetabulum arasındaki patolojik temasla karakterizedir. Tanı konulmasında klinik testlerle beraber konvansiyonel radyografi önem taşımaktadır. Konservatif tedavi yaklaşımları etkili olmakla birlikte daha çok cerrahi girişimlerle ilgili yayınlar bulunmaktadır. Bu yazıda femoroasetabular sıkışma tanısı konulan 43 yaşında erkek hasta sunulmuştur. Hastada bir yıldır yürümekle ve merdiven inip çıkmakla artan sağ kalça ağrısı mevcuttu. Çekilen konvansiyonel radyografisinde sağ femur boynunda kalınlaşma, hörgüç deformitesi, femur başında yeni kemik oluşumları, subkondral kistik oluşumlar, supra asetabular bölgede skleroz ve avülsiyon ile uyumlu görünüm izlendi. (Türk Osteoporoz Dergisi 2014;20: 137-9)

**Anahtar kelimeler:** Femoroasetabular sıkışma sendromu, osteoartrit, kalça ağrısı

### Summary

Femoroacetabular impingement syndrome is one of the main causes of hip pain which led to early osteoarthritis in young and active patients. This is characterized by a pathologic contact between femur and acetabulum. In addition to clinical tests, conventional radiography has an important role in diagnosing. Although it is effective to conservative treatment approaches, there are more publications on surgical interventions. In this article it is presented a 43 years old male patient diagnosed with femoroacetabular impingement. As a result of the physical examination of the patient admitted to our outpatient clinic due to increasing pain in the right hip for one year while walking and climbing stairs, it is found that the right hip movements are painful. There are images in conventional radiography, thickness of femoral neck, hump malformation, subchondral cystic resorption, supraacetabular sclerosis and avulsion. (Turkish Journal of Osteoporosis 2014;20: 137-9)

**Key words:** Femoroacetabular impingement syndrome, osteoarthritis, hip pain

### Giriş

Femoroasetabular sıkışma sendromu (FSS) (Femoroasetabular impingement) özellikle 25-50 yaşları arasında, fiziksel olarak aktif kişilerde erken osteoartrit nedenleri arasındadır (1). Tahmini prevalans %10-%15 arasında değişmektedir. Bu sendrom kalça hareketlerinde özellikle fleksiyon ve iç rotasyon sırasında asetabulum ve femur arasındaki patolojik temasla karakterizedir (2). Hastalar genellikle oturma pozisyonunda, spor aktiviteleri sırasında veya sonrasında kalça rotasyonuyla artan kasık ağrısıyla doktora başvurmaktadır.

Klinik ve radyografik bulgulara göre iki tip FSS tanımlanmıştır. Pincer tipi orta yaşlı kadınlarda daha sık görülmekte olup sıkışma nedeni asetabulumun femur başını bölgesel veya genel olarak fazla örtmesidir. Cam tipinde femur boynunun baş ile birleşim

yerinde yapısal bir çıkıntı mevcuttur, 20-30 yaş genç erkeklerde yaygındır. Hastaların çoğunda (%86) her iki durum da beraber görülmekte olup mixt tip olarak adlandırılır (3) (Şekil 1). Burada bir olgu ile FSS'nin tanı ve tedavi yaklaşımları literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

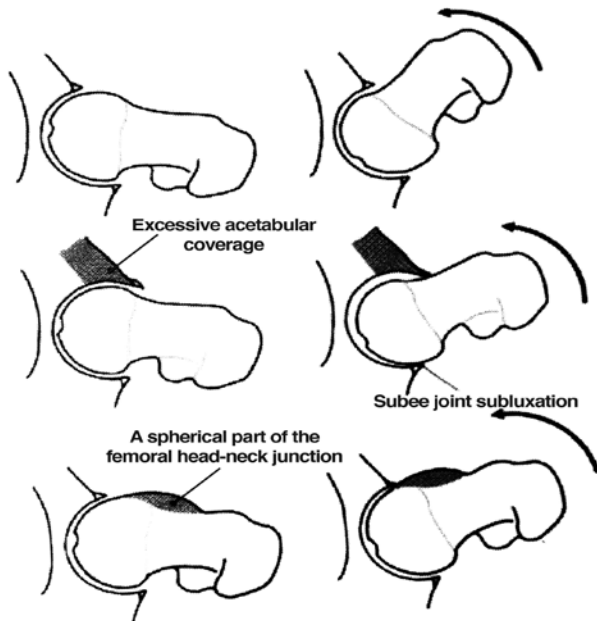
### Olgu

Kırk üç yaşında erkek hasta polikliniğimize; 1 yıldır devam eden son 4 aydır artış gösteren, sağ kasıktan başlayıp uyluk ortasına kadar yayılan ağrı şikayetiyle başvurdu. Ağrısı mekanik karakterde olup özellikle yürürken, merdiven inip çıkarken artmaktaydı. Gece ağrısı tariflemeyen hastanın romatolojik sorgulamasında özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde palpasyonla kasıkta ve torakanter majorda hassasiyet saptandı. Bel eklem hareket

açıklıkları (EHA) normal ağrısız, düz bacak kaldırma testi ve femoral germe testi negatifti. Hastanın sol kalça EHA'sı normal iç rotasyonda (İR) minimal ağrı mevcuttu. Sağ kalça İR kısıtlı ve ağrılı diğer EHA'ları normal, fleksiyon, abdüksiyon, dış rotasyon (FABER) ve fleksiyon, addüksiyon, iç rotasyon (FADIR) testleri pozitif. Hastanın nörolojik defisiti yoktu. Bu bulgularla hastadan pelvis ve sağ kalça konvansiyonel radyografisi istendi. Grafisinde sağ femur boynunda kalınlaşma, hörgüç deformitesi ve femur başında yeni kemik oluşumları subkondral kistik oluşumlar, supra asetabular bölgede skleroz ve avülziyon ile uyumlu görünüm izlendi (Şekil 2, 3). Hastaya klinik ve radyolojik bulgularına dayanarak mixt tip femoroasetabular sıkışma sendromu tanısı konuldu. Hastaya steroid olmayan antiinflamatuvar ilaç verildi, kalça çevresi kas güçlendirici egzersizleri yapması ve günlük yaşam aktivitelerini düzenlemesi önerildi. Üç hafta sonraki kontrolünde hastanın kasık ağrısında azalma görüldü. Egzersizlerine ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamasına devam etmesi önerilerek 3 ay sonra kontrole çağırıldı. Kontrolünde egzersizlerini düzenli yaptığı ancak günlük aktivitelerine dikkat etmediği öğrenildi. Hasta yürümekle olan ağrısının azaldığını merdiven inip çıkarken olan ağrısının devam ettiğini ifade etti. Fizik muayenesinde sağ kalça İR kısıtlılığı devam etmekle beraber ağrıda azalma, FABER ve FADIR testleri pozitif saptandı.

## Tartışma

FSS özellikle genç erişkinlerde kalça ağrısı nedenlerinden biri olup erken tanı ve tedavi ile osteoartrit gelişiminin engellenebileceği bir sendromdur (3). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte posttravmatik displazi, koks vara, koks profunda, femoral antversiyon, femur boynunda anterior kemik çıkıntısı bulunması gibi durumların FSS'ye neden olabileceği görülmüştür (4).



**Şekil 1.** Femur başı ve asetabulumun normal, pincer ve cam tipi FSS'de pozisyonları aşağıdaki gibidir

FSS tanısı konulurken dikkatli bir hikaye ve fizik muayene önemlidir. FSS'nin kliniğinde ağrı tipik olarak kalça ve uyluk anteriorunda olsa da kalça lateral ve posterioruna da yansiyabilir. Hastalar genellikle kalçanın lateralini, torakanter majorun hemen üstünü baş ve işaret parmaklarıyla tutarak ağrıyan bölgeyi gösterebilirler ve bu gösteriş şekli 'C işareti' olarak adlandırılır (5) (Resim 1). Hastamızda da tipik olarak bu bölgede ağrı ve palpasyonla hassasiyet bulunmaktaydı. Bu hastalarda bilateral kalça eklem hareket açıklıkları supin pozisyonda değerlendirilir. Anterior sıkışma testi hastaların %90'ında pozitif olup, radyografik veya cerrahi olarak tanı konulmadan önce tanıda oldukça yardımcıdır. Bu testte kalça 90 derece fleksiyon, addüksiyon ve iç rotasyona getirilir. Hastanın ani, keskin bir ağrı hissetmesi testin pozitifliğini gösterir (5) (Resim 2). Bizim hastamızda bu test pozitif. FSS'de bakılan bir diğer test posterior sıkışma testidir; ekstansiyondaki kalça dış rotasyona getirildiğinde ağrı hissedilmesi durumunda test pozitif kabul edilir (Drehmann işareti) (2). FSS'de yürüyüş paterni antajik veya gluteus medius yürüyüşü şeklinde olabilir.



**Şekil 2.** Hastanın çekilen pelvis AP grafisinde sağ femur boynunda kalınlaşma, hörgüç deformitesi ve femur başında yeni kemik oluşumları subkondral kistik oluşumlar, supra asetabular bölgede ekstra dansite artışı ve avülziyon



**Şekil 3.** Hastanın çekilen pelvis AP grafisinde sağ femur boynunda kalınlaşma, hörgüç deformitesi ve femur başında yeni kemik oluşumları subkondral kistik oluşumlar, supra asetabular bölgede ekstra dansite artışı ve avülziyon

FSS tanısının konulmasında, FSS'ye neden olabilecek anomalilerin saptanması, artrit, avasküler nekroz veya diğer kalça patolojilerinin ekarte edilmesinde konvansiyonel radyografi önemlidir. Küresel olmayan femur başı, femur başında hörgüç deformitesi, femur baş-boyun mesafesinde azalma, femur başında ve asetabulumda kistik değişiklikler, retrovert asetabulum, FSS'de görülebilecek radyografik bulgulardandır (2). Radyografilerin yetersiz olduğu veya labral hasar, kartilaj dejenerasyonu veya diğer patolojik değişiklikleri tanımlamak için manyetik rezonans (MR) görüntüleme veya MR artrografi kullanılabilir. İleri görüntüleme yöntemleri ortopedistlerin cerrahi yöneme karar vermesinde de önem taşımaktadır (2). Tanı koymada ve tedavide hastanın kliniği görüntüleme yöntemlerinden önemlidir. Bizim hastamızda radyografik görüntülemeye bilateral FSS bulguları olduğu halde sadece sağ kalçası semptomatikti.



**Resim 1.** FSS'de ağrının tipik gösteriliş şekli; C işareti



**Resim 2.** FSS anterior sıkışma testi; kalça 90 derece fleksiyon addüksiyon ve iç rotasyona getirilir

Klinik ve radyografik olarak iki tip FSS tanımlanmıştır (2). Cam tipinde kalçanın fleksiyona getirilmesiyle femur baş-boyun bileşkesindeki çıkıntı, asetabulumun anterosuperiora tekrarlayan stress güçleri sonucunda asetabular kondral ayrışma ile birlikte bu bölgede labral yaralanmalar oluşturur. Pincer FSS; asetabulumun femur başını genel veya fazla örtmesi sonrasında asetabular kenar ve femoral baş boyun bileşkesinin lineer temasıyla oluşmaktadır (2,6). FSS tedavisinde konservatif yöntemler sınırlı olup, istirahat, günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanması veya modifiye edilmesi, fizik tedavi modalitelerinin uygulanması ve antiinflamatuvar ilaç kullanımını içermektedir. Egzersizler; kalça çevresi kaslarının özellikle kalça fleksörlerinin güçlendirilmesinde, normal EHA'ya ulaşılmasında ve yürüyüş kalitesinin artırılmasında önemlidir (5,7). Emera ve ark.'nın çalışmasında FSS tanısı konulan 37 hasta yaklaşık 2 yıl takip edilmiş, sadece 4 hasta için cerrahi gerekli olmuş, konservatif yöntemlerden özellikle günlük yaşamın ve aktivitelerin modifiye edilmesi etkili bulunmuştur (7). Literatürde daha çok cerrahi girişimlerle ilgili çalışmalar bulunmakta olup, konservatif tedavi yöntemleriyle ilgili çalışmalar oldukça azdır. Cerrahi tedavide başvurulan yöntemler artroskopik, atroskopik yardımcı sınırlı açık ve açık cerrahidir. Botser ve ark. açık ve kapalı yöntemlerle yapılan cerrahi yöntemleri karşılaştırmış birbirlerine üstünlük saptamamakla beraber artroskopik yöntemin komplikasyon oranının daha düşük, postop rehabilitasyonun daha hızlı olduğunu göstermişlerdir (8). Cerrahi yöntemler uygulanarak yapılan çalışmalarda kısa dönemde iyi sonuçlar alınmış olmasına karşın hasta sayılarının az olması ve takip sürelerinin kısa olması bu çalışmaların kısıtlı yanlarını oluşturmaktadır (9,10). FSS'nin tedavisinde cerrahi ve konservatif yöntemlerin sonuçlarının karşılaştırıldığı, hasta sayısının fazla olduğu, uzun dönem takipli çalışmalara ihtiyaç vardır. Cerrahi planlanmadan önce konservatif yöntemler mutlaka denenmelidir.

## Kaynaklar

1. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzi H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: A cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop* 2003;417:1-9.
2. Tannast M, Siebenrock KA, Anderson SE. Femoroacetabular Impingement: Radiographic Diagnosis-What the Radiologist Should Know. *Am J Roentgenol* 2007;188:1540-52.
3. Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: Femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2005;87:1012-18.
4. Grant AD, Sala DA, Schwarzkopf R. Femoro-acetabular impingement: The diagnosis-a Review. *J Child Orthop* 2012;1:1-12.
5. Dooley PJ. Femoroacetabular impingement syndrome nonarthritic hip pain in young adults Clinical Review. *Canadian Family Physician* 2008;54:42-7.
6. Ito K, Leuning M, Ganz R. Histopathologic features of the acetabular labrum in femoroacetabular impingement. *Clin Orthop* 2004;429:262-71.
7. Emara K, Samir W, Motasem el H, Ghafar KA. Conservative treatment for mild femoroacetabular impingement. *J Orthop Surg* 2011;1981:41-5.
8. Botser IB, Smith TW Jr, Nasser R, Domb BG. Open Surgical dislocation versus arthroscopy for femoroacetabular impingement: A comparison of clinical outcomes. *Arthroscopy* 2011;27:270-78.
9. Koçkara N, Bursalı A, İssin A, Gürsu ŞŞ, Yıldırım T, Şahin V, Femoroasetabular sıkışma sendromlu hastalarda açık cerrahi tedavi erken dönemde etkili midir?, *Eklem Hastalıkları ve Cerrahisi* 2012;23:72-6.
10. Bülbül M, Uzun M, Ayanoğlu S, İmren Y, Öztürk K, Gürbüz H, Femoroasetabular sıkışma sendromunda cerrahi tedavi sonuçlarının analizi. *J Med Sci* 2012;32:1201-6.