

Osteitis Pubis: Olgu Sunumu

Osteitis Pubis: Case Report

Levent ÖZGÖNENEL, Gülis KAVADAR, Ebru AYTEKİN, Nil ÇAĞLAR SAYINER

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Osteitis pubis, simfisis pubis ve çevresindeki dokuları etkileyen, enfeksiyöz olmayan, enflamatuvar, ağrılı bir hastalıktır. Pelvik ağrı ve pelvik yetmezlik kırıklarının ayırıcı tanısında göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu yazıda; altmış beş yaşında, selim prostat hiperplazisi nedeniyle yapılan prostatektomi sonrası gelişen bir osteitis pubis olgusu sunulmuş ve bu nadir durumun patofizyoloji, tanı ve tedavisi tartışılmıştır. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55:182-5*.

Anahtar Kelimeler: Osteitis pubis, pelvik yetmezlik kırığı

Summary

Osteitis pubis is a painful, non-infectious inflammatory condition of the symphysis pubis and surrounding adjacent structures. It should be kept in mind in the differential diagnosis of lower pelvic pain and should be sought in cases of pelvic insufficiency fractures. In this paper, we present a case of a 65-year-old man with osteitis pubis following prostatectomy for benign prostatic hypertrophy and we review pathophysiology, diagnosis and management of this rare condition. *Turk J Phys Med Rehab 2009;55:182-5*.

Key Words: Osteitis pubis, pelvic insufficiency fracture

Giriş

İlk olarak 1924 yılında Beer tarafından tanımlanan osteitis pubis, pubik kemik ve çevresindeki dokuları etkileyen nonenfeksiyöz, inflamatuvar, ağrılı bir hastalıktır (1). Hastalık günümüze dek, ürolojik ve jinekolojik cerrahi prosedürler, sportif faaliyetler, konnektif doku bozuklukları ve travma sonrası bir komplikasyon olarak tanımlanmıştır. Sporculardaki prevalansı çeşitli yayınlarda %0,5-7 olarak bildirilirken toplumdaki prevalansı bilinmemektedir. Etiyopatogenezinde çeşitli hipotezler öne sürülmüştür (2,3) (Tablo 1). Hastalar genellikle ilerleyici, kasıklara yayılan suprapubik ağrıdan yakınır. Addüktör kas spazmı ve abdüksiyon kas güçsüzlüğünden kaynaklanan ördekvari yürüyüş paterni vardır. Semptomlar, başlatıcı olaydan 1 ila 8 hafta sonra ortaya çıkar (4-6).

Osteitis pubis tanısı daha çok klinik olarak konur ancak anteroposterior pelvis grafisi, kemik sintigrafisi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile tanı kesinleştirilebilir. Anamnez, fizik muayene ve radyoloji ile kesin tanı konulamayan vakalarda simfisis pubisten biyopsi alınmalıdır (7-8). Semptomları haftalar veya aylarca sürebilen, kendi kendini sınırlayıcı osteitis pubisin tedavisi için öncelikli

konservatif yaklaşılırken, fayda görmeyen vakalarda cerrahi yöntemler önerilmektedir (9). Bu yazıda prostatektomi sonrası osteitis pubis ve pelvik yetmezlik fraktürü gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu

Nisan 2006 tarihinde benign prostat hiperplazisi nedeniyle prostatektomi yapılan serbest meslek sahibi 65 yaşındaki erkek hasta, ameliyat sonrası ikinci haftada her iki kasık ve uyluk supromedial kısımlarına yayılan özellikle yürürken, merdiven inip çıkarken artan, istirahatle de var olan suprapubik ağrı, ateş ve dizüri yakınmalarıyla enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurmuştu. Yapılan idrar kültüründe pseudomonas aeruginosa üremesi üzerine enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılarak hastaya siprofloksasin 1 gr/gün ve analjezik tedavisi başlanmıştır. Medikal tedavinin dördüncü gününde ateşi ve dizüri şikayeti gerilemesine rağmen ağrılarında düzelme olmadığı sebebi ile istenen fiziksel tıp ve rehabilitasyon konsültasyonunda; ördekvari yürüyüş paterni, suprapubik hassasiyet, kalça abdüksiyonunda ağrı ve kısıtlılık ile bilateral sakroiliak kompresyon testi, trendelenburg testi, FABERE

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Levent Özgönenel, Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 285 2713 E-posta: levento26@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** Ekim/October 2007 **Kabul Tarihi/Accepted:** Ağustos/August 2008

© Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Galenos Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır. / © Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Published by Galenos Publishing. All rights reserved

ve FADİR testlerinde pozitiflik saptandı. Bilateral L2 ve L3 motor kuvvet 4/5 düzeyindeydi. Laboratuvar incelemede; C-reaktif protein (CRP) 2,53, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 58 mm/saat idi. Lökositozu yoktu, diğer laboratuvar testleri normal sınırlardaydı. Tam idrar tahlilinde 3+ hematüri ve 2+ lökositüri görüldü. Hastanın çekilen anteroposterior pelvis grafisinde; simfizis pubiste diastaz ve medial konturlarda düzensizlik ile her iki pubis kenarlarında skleroz saptandı (Resim 1). Hastada prostat hiperplazisi nedeniyle operasyon öyküsü olduğundan metastaz, abse, osteomyelit, osteitis pubis ayırıcı tanılarıyla pelvik MRG istendi. Pelvik MRG'de bilateral simfizis pubise komşu pubik yüzde T1 sekansta hipointens, T2 sekansta hiperintens sinyal değişiklikleri ile karakterize medüller ödem, bilateral addüktör kaslarda ve obturator eksternus kasında birinci derece sprain ile uyumlu sinyal artışı saptandı. MRG bulguları da ayırıcı tanıda tam yeterli olmadığından, teknesyum 99 m kemik sintigrafisi istendi. Sintigrafide, sağ ve sol ramus pubisin medial ve superior kısmında simetrik osteoblastik aktivite artışı saptandı (Resim 2). Bu bulgular doğrultusunda osteitis pubis ön tanısı, osteomyelitis pubis ayırıcı tanısıyla ortopedi kliniğiyle görüşüldü. Hastanın lökositozunun olmaması, kemik sintigrafisinde osteomyelitten farklı olarak sadece üçüncü fazda bilateral pubik ramuslarda tutulum olması ve klinik tablosu ile olgunun osteitis pubis olduğuna karar verilerek enfeksiyon hastalıkları kliniğinde başlanan 1 gr/gün siprofloksasin tedavisi 10 güne tamamlandı ve non steroid antiinflatuvar ilaç (NSAİİ) tedavisine başlandı. Hastaya ayrıca transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), soğuk paket ve her iki kalça abdüktörlerini güçlendirme, her iki kalça addüktörlerini germe egzersizi uygulandı. Tedavi sonunda hastanın yürüyüş paterninde ve ağrılarında belirgin düzelme sağlandı, kontrol ESH 31 mm/saat, CRP 1,02 idi. Hasta bu şekilde taburcu edildi ancak 6. ay kontrolünde hareket sırasında bilateral inguinal alana yayılan, NSAİİ'lere cevap veren pelvik ağrısı olduğu, istirahatte ağrısının olmadığı ve sık idrara çıkma şikayetinin devam ettiği öğrenildi. Muayenede yürüme paterni

Tablo 1. Osteitis pubis etiyopatogenezi.

- Pubik travma
- İnfeksiyon
- Kas imbalansı-mikro travma
- Kompleks bölgesel ağrı sendromu (KBAS) benzeri etki
- Venöz dolaşım bozukluğu-mikro emboli



Resim 1. Anteroposterior pelvis grafisinde simfizis pubiste diastaz, medial konturlarda düzensizlik ve her iki pubis kenarında skleroz izlenmektedir.

normaldi, suprapubik lokal hassasiyeti mevcuttu. Bilateral kalça eklem hareket açıklığı ağırlı ve kısıtlıydı. Sakroiliak kompresyon testi, FABERE ve FADİR testleri bilateral pozitif. Simfizis boşluk testi pozitif. Laboratuvarında; ESH 50 mm/saat, CRP 0,492 idi. Diğer laboratuvar incelemeler normal sınırlardaydı. İdrarda 2+ hemoglobin ve 2+ lökosit görüldü, idrar kültüründe Pseudomonas aeruginosa üredi. İdrar bulguları açısından enfeksiyon hastalıkları ile görüşüldüğünde, mesane kolonizasyonu olarak değerlendirilerek antibiyoterapi önerilmedi. Hastanın sık idrara çıkma şikayeti devam ettiğinden üroloji konsültasyonu istendi, yapılan muayenede rest prostat dokusu ve voiding sistogramda bozulmuş patern saptandığı için rest doku operasyonla temizlendi. Ayrıca osteomyelit veya metastaz varlığının atlanmış olabileceği düşünülerek tekrar ortopediyle görüşüldü ve tekrar pelvik MRG ve tüm vücut kemik sintigrafisi istenerek simfizis pubisten biyopsi alınması kararlaştırıldı. Pelvis MRG'de solda daha belirgin olmak üzere her iki sakroiliak eklem komşu kemiklerde skleroz, sağ sakroiliak eklem komşu kemiklerde T1'de hipo, T2'de hiperintens karakterde sinyal artımları (sakroiliit benzeri), simfizis pubis, ilium, pubis kollarında T1'de hipo, T2'de hiperintens karakterde, kontrast madde verilmesinden sonra heterojen kontrast madde tutulumu gösteren alanlar saptandı. MRG'deki sakroileit görünümü radyoloji uzmanlarıyla görüşüldüğünde, hastanın direkt grafi ve sintigrafi sonuçlarıyla karşılaştırma yapıldı ve hastada pelvik yetmezlik fraktürü olduğu, sintigrafide bu tip fraktürün tipik bulgusu olan kelebek görünümünün bulunduğu ve bu durumun MRG'de sakroileitle karıştığı kararlaştırıldı. Bu bulgular hastanın FABERE ve FADİR testleri pozitifliğiyle uyumlu idi. Hastanın yaşı ve pelvik yetmezlik fraktürü varlığı nedeniyle kemik yoğunluğu ölçümü istendi; lomber T skoru 0,4, sol femur boyun T skoru -0,5 olarak ölçüldü. Biyopsi materyalinde ise matür plazma hücrelerinden zengin, daha az sayıda küçük lenfositlerin eşlik ettiği kronik inflamasyon, fibrozis, vaskülarite artışı, dejenerasyon gösteren kartilaj dokular ve kallus görüldü. Sonuç olarak hastaya osteitis pubis tanısıyla NSAİİ, pelvik yetmezlik fraktürü nedeniyle kalsiyum ve D vitamini, anti-enflamatuvar ve antirezorbif etkisinden dolayı alendronat 70 mg/hafta başlandı. Bilateral kalça eklem hareket açıklığı egzersizleri, kalça abdüktör kaslarını güçlendirme, addüktör kaslarını germe egzersizleri ile TENS, sıcak paket ve sakroiliak korse verildi. Birinci ve üçüncü aydaki kontrollerinde hastanın şikayeti yoktu ve tedavinin altıncı aya kadar devamı planlandı.

Tartışma

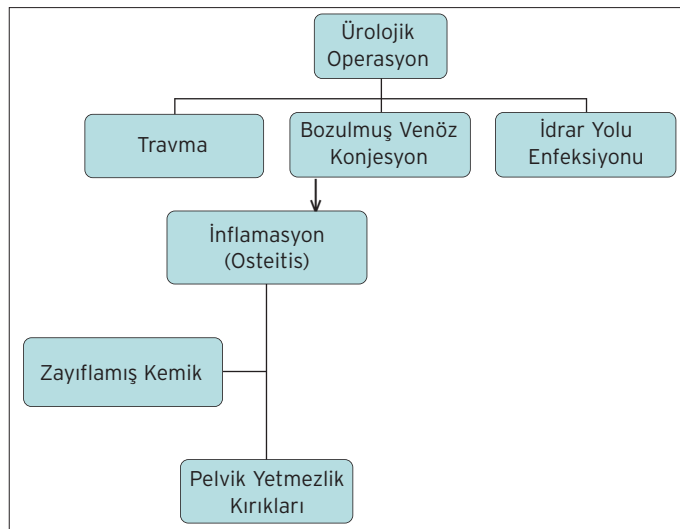
Osteitis pubis etiyopatogenezinde öne sürülen faktörler düşünüldüğünde, bizim hastamızda birçok faktörün bir arada bulunduğu görülür. Ürolojik operasyon sırasında pubik bölgeye mekanik travma, operasyon sonrası gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve mesane kolonizasyonuna bağlı kemikte irritasyon ve venöz dolaşım bozukluğunun osteitise yol açtığı düşünülmektedir. Enflamasyon varlığı ve hastanın ileri yaşta olmasının da pelvik yetmezlik fraktürüne yol açması olasıdır. Yetmezlik fraktürü, bir tür stres fraktürüdür, genellikle zayıflamış kemiğin tekrarlayan strese maruz kalması sonucu oluşur; en çok pelvis ve sakral kemikte görülür. Osteoporoz, osteomalazi, romatoid artrit, endokrin bozukluklar ve radyoterapi pelvik yetmezlik fraktürü oluşumunda risk faktörleridir (10). Fraktür genellikle vertikal yönde lineer şekildedir. Direkt grafilere genellikle gözden kaçır (11). Osteitis pubisli bir hastada tedaviye rağmen hastanın semptomlarında düzelme olmuyorsa şüphelenilmelidir. Tanıda bilgisayarlı tomografi ve kemik sintigrafisi daha sensitiftir. İki vertikal fraktürün birleşimi sonucu sintigrafide tipik "kelebek görünümü" meydana gelir (Resim 2).

Major ve Helms (12), 11 osteitis pubis tanısı konmuş hastada aynı zamanda pubik ve sakral bölgede yetmezlik kırıkları saptamışlardır. Bu birlikteliğin pelvik halka anatomisini oluşturan sakroiliak eklemler ve simfisiz pubiste herhangi bir sebeple oluşan instabilitenin dengesiz yük dağılımına yol açacağı ve bu bölgede yetmezlik kırıkları oluşturacağını öne sürmüşlerdir. Hastamızın yaşının ileri olmasının ve osteitise bağlı inflamasyonun pubik bölge kemiklerini zayıflattığı, instabiliteye sebep olduğu ve pelvik yetmezlik kırıklarına yol açtığı kanısına vardık (Şekil 1).

Pelvik ağrı, pubik hassasiyet, ağrılı kalça abduksiyonu ve ateşi olan hastalarda mutlaka osteitis pubis ve osteomyelitis pubis düşünülmelidir. Her iki hastalıkta da ağrı, özellikle yürürken ortaya çıkar ve perineal, testiküler, suprapubik ve inguinal bölgeye yayılabilir; valsava manevrasıyla agreve olur ayrıca ejakulasyon sonrası skrotumda da ağrı ortaya çıkabilir. Osteomyelitis pubiste sıklıkla radyolojik bulgular tek taraflı başlayıp bilaterale dönüşür, simetrik simfiziyal tutulum vardır ve kemik destrüksiyonu progressiftir. Konservatif tedaviye cevap vermeyen, klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularda düzelme olmayan vakalarda aspirasyon biyopsisi veya açık biyopsi planlanması gerekir. Bunun yanında pek çok klinisyen, cerrahi prosedür sonrasında kasıklara yayılan, yürü-



Resim 2. Sintigrafide bilateral ramus pubis medial ve superiorunda simetrik osteoblastik aktivite artışı izlenmektedir.



Şekil 1. Vakamızdaki etyopatogenez.

mekle artan pelvik ağrısı, destekleyici laboratuvar ve radyolojik bulguları olan hastalarda, konservatif tedaviye cevabı izlemeden doğrudan biyopsi alınmasını savunmaktadır (13). Ayırıcı tanıda ilk düşünülmeli gereken hastalık, benzer yakınmalarla seyreden, pelvik cerrahi sonrası ve intravenöz ilaç alışkanlığı olanlarda ortaya çıkan, genellikle Pseudomonas aeruginosanın yol açtığı, simfizis pubisin osteomyelitidir. Ayrıca tüberküloz, metastatik veya primer kemik tümörleri, pubik osteolizis, doğum sonrası simfizis subluksasyonu, pelvik kuşak kas zedelenmeleri, sakroiliak kas zedelenmeleri, pelvik inflamatuvar hastalık, ankilozan spondilit de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Multipl myelom, retikulum hücreli sarkom, fibrosarkom, kondrosarkom gibi pubisi nadiren tutan primer kemik tümörlerinin tanısında ise yine histopatolojik tetkik önemli bir tanı aracıdır (14-15).

Osteitis pubis tanısı kesin olarak konulan vakalar öncelikle konservatif olarak tedavi edilmelidir. İstirahat, NSAİİ, enfeksiyon varlığında antibiyotik, egzersiz ve fizik tedavi ajanları, fayda görmeyen vakalarda oral veya enjektabl kortikosteroid uygulamaları, heparin veya bifosfonat tedavileri önerilir. Rodriguez ve ark.'nın (16) osteitis pubis tanısı almış 35 futbolcudaki yaptığı bir çalışmada, hastalara iki hafta boyunca oral ibuprofen 800 mg (3x1), ultrason, elektrik stimülasyonu, abduktör kasları güçlendirme ve addüktör kasları germe egzersizleri ile kardiyovasküler dayanıklılık egzersizleri uygulanmış, tüm sporcularda 6-10 hafta sonunda aktif spora dönüş sağlanmıştır. Literatürde her ne kadar 3 yıldan fazla alendronat kullanımı sonrası pelvik yetmezlik kırığı görülen vaka sunumları olsa da, o bölgedeki osteopeni ve instabilite yaparak kırıkları tetiklediğini düşündüğümüz için bifosfonatların anti-rezortif ve anti-inflamatuvar etkisinden faydalanmak için kalsiyum ve D vitamini desteği ile NSAİİ'e yanıtız hastamızda 6 ay alendronat kullandık (17-18). Maksymowych ve ark.'nın (19) yaptığı bir çalışmada, NSAİİ ve istirahat tedavisine rağmen şikayetleri devam eden üç hastaya 6 ay boyunca aylık intravenöz pamidronat uygulanmış, tüm hastalarda semptomatik düzelme saptanmış, kontrol sintigrafilerde simfizis pubiste aktivite tutulumu olmamış ve herhangi bir yan etki görülmemiştir. Hastalara floroskopi altında diagnostik ve terapötik amaçlı simfizis pubis enjeksiyonu da yapılabilir. Atletlerde yapılan bir çalışmada, simfizis pubise kortikosteroid enjeksiyonu faydalı bulunmuştur (20). Osteitis pubisli hastaların %90-95'i konservatif tedaviye cevap verir. Konservatif tedaviye cevapsız hastalarda cerrahi yöntemler denenebilir. Bu yöntemlerden biri, simfizis pubisin kama rezeksiyonudur ancak progresif sakroiliak artroz ve posterior pelvik instabilite gibi komplikasyonları mevcuttur. Diğer bir cerrahi yaklaşım ise simfizis pubis artrodezidir, bu yöntem otolog kemik grefti gerektirir ve nonunion riski taşır. Daha yaygın kullanılan ve daha invaziv olan yöntem ise simfizisin küretajıdır (21). Cerrahi girişim yapılan 73 osteitis pubisli hastanın incelendiği bir çalışmada, hastalığın etyolojisine göre cerrahi girişimin başarısı araştırılmıştır. Bu amaçla hastalar; sporcular, operasyon geçirenler ve diğerleri olarak üç gruba ayrılmış, operasyon sonrası osteitis pubis gelişenlerde simfizis pubisin cerrahi rezeksiyonuna cevabın daha iyi olduğu saptanmıştır (22).

Sonuç olarak osteitis pubis, pelvik ağrı ve batin alt kadran ağrılarının ayırıcı tanısında göz önünde tutulması gereken bir hastalıktır. Klinik bulguların ışığında yapılacak görüntüleme yöntemleri, laboratuvar ve patolojik incelemeler tanısının konulmasını sağlar. Tedavisinde hastaların çoğunda konservatif yöntemler başarılı olsa da cerrahi işlemler de gerekebilir.

Kaynaklar

1. Kats E, Venena R. Diagnosis and treatment of osteitis pubis caused by a prostate-symphysis fistula. *British J Urology* 1998;81:927-8. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
2. Beneventi F, Spellman R. Unsuccessful attempts to produce osteitis pubis in dogs. *J Urol* 1953;69:405-6. [Abstract]
3. Fricker PA, Taunton JE, Ammann W. Osteitis pubis in athletes. Infection, inflammation or injury? *Sports Med* 1991;12:266-79. [Abstract]
4. Wiltse LL, Frantz CH. Non-suppurative osteitis pubis in the female. *J Bone Joint Surg Am* 1956;38-A:500-16. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
5. Steinbach HL, Petrakis NL, Gilfillan RS, Smith DR. The pathogenesis of osteitis pubis. *J Urol* 1955;74:840-6. [Abstract]
6. Rodriguez C, Miguel A, Lima H, Heinrichs K. Osteitis Pubis Syndrome in the Professional Soccer Athlete: A Case Report. *J Athl Train* 2001;36:437-40. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
7. Nameer RH, Rizwan AS, Dermady D. Osteitis pubis-an important pain generator in women with lower pelvic or abdominal pain. *Pain Physician* 2005;8:145-7. [Abstract] / [PDF]
8. Kammerer-Doak DN, Cornella JL, Magrina JF, Stanhope CR, Smilack J. Osteitis pubis after Marshall-Marchetti-Krantz urethropexy: a pubic osteomyelitis. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:586-90. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
9. Paajanen H, Hermunen H, Karonen J. Pubic magnetic resonance imaging findings in surgically and conservatively treated athletes with osteitis pubis compared to asymptomatic athletes during heavy training. *Am J Sports Med* 2008;36:117-21. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
10. Schindler OS, Watura R, Cobby M. Sacral insufficiency fractures. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2007;15:339-46. [PDF]
11. Henry AP, Lachmann E, Tunkel RS, Nagler W. Pelvic insufficiency fractures after irradiation. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:414-6. [Abstract] / [PDF]
12. Major NM, Helms CA. Pelvic stress injuries:the relationship between osteitis pubis (symphysis pubis stress injury) and sacroiliac abnormalities in athletes. *Skeletal Radiol* 1997;26:711-7. [Abstract] / [PDF]
13. Sexton DJ, Heskestad L. Acute pubic osteomyelitis. *Clin Infect Dis* 1993;16:828. [Abstract]
14. Knoeeler SM, Uhl M, Herget GW. Osteitis or osteomyelitis of the pubis? A diagnostic and therapeutic challenge:report of 9 cases and review of the literature. *Acta Orthop Belg* 2006;72:541-8. [Abstract] / [PDF]
15. Rosenthal RE, Spickward WA, Marham RD, Rhamy RK. Osteomyelitis of the symphysis pubis:a separate disease from osteitis pubis. Report of three cases and review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 1982;64:123-8. [Abstract] / [PDF]
16. Rodriguez C, Miguel A, Lima H, Heinrichs K. Osteitis pubis syndrome in the professional soccer athlete: a case report. *J Athl Train* 2001;36:437-40. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
17. Imai K, Yamamoto S, Anamizu Y, Horiuchi T. Pelvic insufficiency fracture associated with severe suppression of bone turnover by alendronate therapy. *J Bone Miner Metab* 2007;25:333-6. [Abstract] / [PDF]
18. Toussiro E, Wendling D. Antiinflammatory treatment with bisphosphonates in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol* 2007;19:340-5. [Abstract]
19. Maksymowych WP, Aaron SL, Russell AS. Treatment of refractory symphysisitis pubis with intravenous pamidronate. *J Rheumatol* 2001;28:2754-7. [Abstract] / [Full Text] / [PDF]
20. Holt MA, Keene JS, Graf BK, Helwig DC. Treatment of osteitis pubis in athletes-results of corticosteroid injections. *Am J Sports Med* 1995;25:601-6. [Abstract] / [Full Text]
21. Johnson R. Osteitis pubis. *Curr Sports Med Rep* 2003;2:98-102. [Abstract]
22. Mehin R, Meek R, O'Brien P, Blachut P. Surgery for osteitis pubis. *Can J Surg* 2006;49:170-6. [Abstract] / [PDF]