



Erişkinlerde nadir görülen bir gluteal ağrı nedeni: Tuber ishium avülsiyon kırığı

A rare cause for a gluteal pain in adults: tuber ischium avulsion fracture

Canan Tıkız,¹ Şebnem Örgüç,² Ashhan Ulusoy,¹ Özgür Akgül¹

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

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

Geliş tarihi / Received: Ekim 2014 Kabul tarihi / Accepted: Aralık 2014

ÖZ

Tuber ishium avülsiyon kırığı nadir görülen ve bu nedenle bazen tanısı konulamayan veya tanı konulması geciken bir yaralanmadır. Genellikle ergen sporcularda, hamstring kasının şiddetli kontraksiyonları sonrasında gelişmektedir. Bu yazıda inguinal herni ameliyatı sonrasında gluteal bölgede ağrı yakınmasıyla başvuran 28 yaşında erkek hastada gelişen tuber ishium avülsiyon kırığı olgusu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Avülsiyon kırığı; aşırı kullanım; tuber ishium.

ABSTRACT

Tuber ischium avulsion fracture is a rare injury, of which the diagnosis is often missed or delayed. It usually occurs as a result of hamstring muscle contraction in adolescent athletes. Herein, we report a tuber ischium avulsion fracture developed in a 28-year-old male patient, who was admitted with the complaint of pain in the gluteal area after inguinal hernia surgery.

Keywords: Avulsion fracture; overuse; tuber ischium.

Tuber ishium avülsiyon kırığı travmatik ya da aşırı kullanım sonucu genellikle apofizin, tendona göre daha zayıf yapıda olduğu ergen dönemde sık görülen bir yaralanmadır.^[1] Nadir olarak erişkin olgular da bildirilmiştir. Tuber ishium, semitendinozis, semimembranozis ve biceps femoristen oluşan hamstring grubu kasların origosudur.^[1] Akut avülsiyon kırığı daha çok sporcularda hamstring kaslarının aşırı gerilmesi ya da ani ve şiddetli egzantrik kontraksiyonu nedeniyle oluşur. Kronik avülsiyon kırıkları ise tendonların aşırı kullanımı ve tekrarlayan mikrotravmaları sonucunda meydana gelir. Spesifik travmatik bir olayın olmaması kafa karıştırıcıdır. Enfeksiyon, malignensi gibi olayları taklit edebilir ve tanının gecikmesine neden olabilir.^[2-4]

Bu yazıda inguinal herni ameliyatı sonrası, gluteal bölgede yerleşik ağrı yakınması olan ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile tuber ishium avülsiyon kırığı tanısı konulan 28 yaşında bir hasta sunuldu.

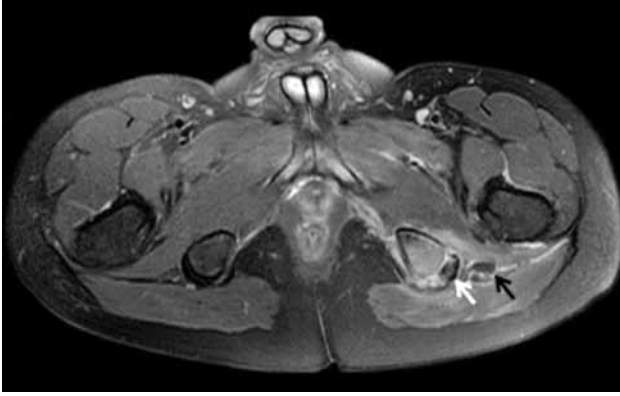
OLGU SUNUMU

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta yaklaşık bir ay önce şiddetlenen ve alt ekstremiteye yayılan sol kalça ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Hastanın öyküsünden, yakınmalarının üç ay önce geçirdiği sol inguinal herni ameliyatı sonrasında başladığı öğrenildi. Yapılan elektronöromiyografisinde patoloji saptanmadı. Yakınmalarının nedeni ameliyatta kullanılan zımbaya bağlı suprapubik ve intrapelvik sinir basısı olduğu düşünülerek bir ay sonra tekrar ameliyat edildi. Ameliyat sonrasında rahatlayan, iki ameliyat arasındaki dönem boyunca ağrı nedeniyle immobil kalan ve alt ekstremitte aktiviteleri kısıtlanan hasta ameliyat sonrası ağrısı azaldıktan sonra fizyoterapist yönlendirildi ve ev egzersiz programı düzenlendi. Bir an önce iyileşmek için verilen programı sık tekrarlı şekilde uyguladığını ifade eden hastanın egzersiz programı sonrasında sol gluteal bölgesinde şiddetli

İletişim adresi / Corresponding author: Dr. Canan Tıkız, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 45030 Yunussemre, Manisa, Türkiye. e-posta / e-mail: canantikiz@superonline.com

Cite this article as:

Tıkız C, Örgüç Ş, Ulusoy A, Akgül Ö. A rare cause for a gluteal pain in adults: tuber ischium avulsion fracture. [Article in Turkish] Turk J Phys Med Rehab 2016;62(3):290-3.



Şekil 1. Aksiyel STIR manyetik rezonans görüntüleme: Sol tuber iskiyumda avülsiyon yaralanmasına bağlı ayrılma gösteren apofiz (beyaz ok), komşu gluteal kas planlarında ve siyatik sinir çevresinde ödem bulguları (siyah ok). STIR: Short tau inversion recovery.

agrının başladığı öğrenildi. Ağrı steroid olmayan anti-enflamatuvar (SOAE) ilaçlara ve gabapentin tedavisine yanıt vermemekte, özellikle oturmakla artmaktaydı. Hastanın muayenesinde gluteal ve iskiyal bölgesinde yaygın hassasiyet ve sertlik vardı. FABERE [Fleksiyon ABDüksiyon Eksternal Rotasyon Ekstansiyon (Patrick)] testi, FADIR (fleksiyon, adduksiyon ve iç rotasyon), Gaenslen testleri ve sakroiliyak kompresyon testleri solda pozitif. Nörolojik muayenesi olağandı. Laboratuvar incelemelerinde hemogram, aspartat aminotransferaz (AST), alanine transaminase (ALT), üre, kreatinin, tam idrar incelemeleri normal değerlerde idi. Akut faz reaktanlarında yükseklik saptanan hastada sedimentasyon 66 mm/saat, C-reaktif protein 32.9 mg/L, brusella tüp aglütinasyon ve rose bengal testleri negatifti. Hastanın pelvis grafisinde sol sakroiliyak eklemden düzensizlik saptandığı için kontrastlı sakroiliyak eklem MRG istendi. Sakroiliyak eklem

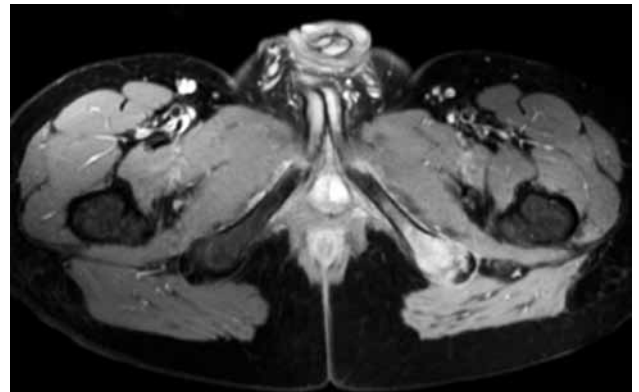


Şekil 2. Aksiyel T_{1a} manyetik rezonans görüntüleme: Sol tuber iskiyumda avülsiyon yaralanmasına bağlı ayrılma gösteren apofiz, komşu yumuşak dokularda kalınlaşma.

MRG'si normal olarak değerlendirilen hastanın sol gluteus maksimus kasında ödem saptandı. Gluteal ağrısı devam eden, hassasiyet ve şişliği giderek artan hastada ödem etyolojisini araştırmak ve bu amaçla daha geniş bir bölgeyi görüntülemek için kontrastlı pelvik MRG istendi. Manyetik rezonans görüntüleme sonucu sol tuber iskiyumda avülsiyon kırığına sekonder 1 cm apofiz ayrılması, medüller kemik iliği ödemi, çevredeki kaslarda parsiyel yırtık, kontüzyon ve siyatik sinirde ödem saptandı (Şekil 1-4). Ortopedi konsültasyonu sonucu cerrahi önerilmeyen hastaya konservatif tedavi planlandı. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş hasta onamı alındı. Hastaya soğuk uygulama, SOAE ve istirahat önerildi ve fazlara uygun olarak ilerleyen aşamalı rehabilitasyon programına alındı (istirahat, mobilizasyon ve eklem hareket açıklığı egzersizleri, dirençli egzersizler ve güçlendirme egzersizleri). Üçüncü ay kontrolünde ağrı ve şişlikte gerileme olan, kontrol sedimentasyon ve C reaktif protein değerleri normal sınırlara gerileyen ve günlük yaşantısına dönen hastanın kontrol pelvik MRG incelemesinde, medüller kemik iliği ödem paterninde minimal belirginleşme, ancak komşu kas planlarında daha önce tanımlanan kontüzyon bulgularında belirgin regresyon izlendi. Başlangıç görsel analog ölçeği (GAÖ) skoru 80 mm olan hastanın altıncı ay kontrolünde GAÖ skoru 10 mm'ye geriledi.

TARTIŞMA

Pelvik halkanın avülsiyon kırıkları değişik yerlerde, farklı kas gruplarında zorlanmaya sekonder oluşabilmektedir; tuber ischiyum (hamstring); spina iliyaka anterior inferior (rektus femoris); symphysis pubis (addüktör kas grupları, pektineal kaslar, rektus



Şekil 3. Postkontrast aksiyel yağ baskılı T_{1a} görüntü: Tüber iskiyumda avülsiyona bağlı kemik iliği ödemi gösteren alanda kontrast tutulumu.



Şekil 4. (a) Koronal STIR ve (b) T_{1a} görüntülerde sol tuber iskiümde kemik iliği ödem paterni, ayrılma gösteren apofiz ve apofiz ile ilişkili hamstring tendonu (siyah ok). Sol hamstring kaslarında yırtık ve zorlanmaya bağlı ödem, fasyal planlar boyunca devam eden sıvı. Sağda tuber iskiüma normal yapışma gösteren hamstring tendonu (beyaz ok). STIR: Short tau inversion recovery.

abdominis) vb.^[3] Pelvik avülsiyon kırıkları içerisinde en sık tuber iskiüm avülsiyon kırığına rastlandığı ve en fazla jimnastikçilerde ve futbolcularda görüldüğü bildirilmiştir.^[5] Literatürde avülsiyon kırıklarının daha çok immatür iskelette ve sportif aktiviteler sonrasında oluştuğu bildirilmiştir. Daha nadir olarak erişkinlerde de iskeletin matür olmasına karşın kemik rezeksiyonu gibi pelvik bölge (iliyak krest-ASIS) apofizlerini zayıflatan cerrahi girişimler sonrasında tekrarlayıcı eklem hareket açıklığı ya da güçlü kas kontraksiyonları nedeniyle görülebileceği bildirilmiştir.^[6]

Kronik tekrarlayıcı gerilmeler apofizite neden olabilir ve avülsiyon kırığına zemin hazırlar.^[7] Olgumuz bir süre immobil kaldıktan sonra ev egzersiz programına başlamıştı. Programı reçete edilenden daha yoğun uyguladığını ifade eden hastanın kalça eklemine yönelik tekrarlayan germe ve güçlendirme aktiviteleri tuber iskiyal apofizite ve sonrasında avülsiyon kırığına yol açmış olabilir. Biz literatür taramamızda inguinal herni ameliyatı sonrası pelvik avülsiyon kırığı olgusuna rastlamadık. Bu olguda inguinal herni ameliyatları iskiyal bölgenin kanlanması (obturator ve pudenda interna arter) bozulmasına neden olarak, yumuşak doku ve kemik hasarına (apofizit) zemin hazırlamış olabilir.

Hastaların öyküsünde sıklıkla görülen semptomlar aşırı zorlanmalı bir hareket sonrasında ani başlayan kalça ve alt ekstremitte ağrısı, antajik yürü-

me, iskiyal bölgede palpasyonla hassasiyet, ilgili kasın kasılması ile artan ağrı ve hareket kısıtlılığı olsa da bazı hastalarda tanı gecikebilir. Bu hastalar oturmakla ya da yürümekle artan kronik ağrı, hamstring kaslarında güçsüzlük ya da siyatik sinir hasarına bağlı siyatik ağrı ile başvurabilmektedir.^[1,3] Ayırıcı tanıda omurga, pelvis, kalça bölgesi travmaları, enfeksiyon, tümör, spondiloartritler, karın içi patolojilerden kaynaklanan ve yayılan ağrılar düşünülmelidir.^[3] Hastalığın tanısında rutin radyografilerde iskiyal bölgede ayrılmış parçalar, proliferatif kallus dokusu görülebilmektedir, fakat bu olguda da olduğu gibi iskelet matüritesi tamamlanmış olan olgularda direkt grafi yetersiz kalır ve normal olarak saptanabilir, bu durumda tanı ve ayırıcı tanıda Teknesyum-99m kemik sintigrafisi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve MRG'den yararlanılmaktadır.^[3,8] Manyetik rezonans görüntüleme; avülsiyon kırıklarında ve hamstring gibi kas yaralanmalarında en duyarlı ve en uygun olan görüntüleme yöntemidir. Özellikle de yaralanmanın sınıflandırılmasında, akut kronik ayırımında, siyatik sinir hasarının ya da etkilenmesinin değerlendirilmesinde ve tedavinin planlanmasında yol göstericidir.^[1]

Avülsiyona uğrayan fragmanların ayrılma miktarı tedavide belirleyicidir. İki santimetreden az ayrılmalarda konservatif tedavi önerilmektedir.^[9] Pelvik halkanın avülsiyon yaralanmalarının konservatif tedavisinde ilk aşamada yaralanmış kas

gruplarının gerginliğini azaltmaya yönelik olarak istirahat, analjezik kullanımı ve soğuk uygulama önerilir. Akut ağrının gerilemesini takiben aşamalı mobilizasyon egzersizlerine başlanır. Üçüncü fazda aktif eklem hareket açıklığı arttıkça dirençli egzersizlere geçilir. Beklenen kas kuvvetinin %50'sine ve hareket genişliğinin %75'ine ulaşınca, sınırlı olarak aktivitelere dönmeye izin verilir.^[10] Konservatif tedaviye ek olarak, patolojinin tekrarlamasına neden olan hareketlerden kaçınmak gerekir.^[3] Konservatif tedavinin uzun dönemde görülebilen potansiyel komplikasyonları avülsiyon kırığında kaynamama, ekzostoses, hamstring origosunda fibröz oluşuma sekonder hamstringde kısalık gelişmesidir.^[11]

Sonuç olarak, apofizel avülsiyon kırıkları erişkinlerde nadir görülen ve çoğunlukla tanı konulması geciken kırıklardır. Aşırı kullanıma bağlı avülsiyon kırıkları günümüzde gelişmiş görüntüleme teknikleri ile kolaylıkla tanı konulabilen ve uygun konservatif tedavi ile iyileşebilen yaralanmalardır. Ciddi ayrılma olan olgularda ve komplikasyonlarda cerrahi tedavi gerekebilir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Desai MA, Bancroft LW, Demos TC. Radiologic Case Study. Orthopedics 2009;32:385-453.
2. Bui-Mansfield LT, Chew FS, Lenchik L, Kline MJ, Boles CA. Nontraumatic avulsions of the pelvis. AJR Am J Roentgenol 2002;178:423-7.
3. Söyüncü Y, Gür S. Ergenlik döneminde görülen pelvik halkanın avülsiyon yaralanmaları. Acta Orthop Traumatol Turc 2004;38:88-92.
4. Ceretti M, Di Renzo S. A new evaluation system for early and successful conservative treatment for acute ischial tuberosity avulsion. Chin J Traumatol 2013;16:254-6.
5. Rossi F, Dragoni S. Acute avulsion fractures of the pelvis in adolescent competitive athletes: prevalence, location and sports distribution of 203 cases collected. Skeletal Radiol 2001;30:127-31.
6. Porr J, Lucaciu C, Birkett S. Avulsion fractures of the pelvis - a qualitative systematic review of the literature. J Can Chiropr Assoc 2011;55:247-55.
7. Sundar M, Carty H. Avulsion fractures of the pelvis in children: a report of 32 fractures and their outcome. Skeletal Radiol 1994;23:85-90.
8. Gidwani S, Bircher MD. Avulsion injuries of the hamstring origin - a series of 12 patients and management algorithm. Ann R Coll Surg Engl 2007;89:394-9.
9. Wootton JR, Cross MJ, Holt KW. Avulsion of the ischial apophysis. The case for open reduction and internal fixation. J Bone Joint Surg Br 1990;72:625-7.
10. Metzmaker JN, Pappas AM. Avulsion fractures of the pelvis. Am J Sports Med 1985;13:349-58.
11. Bolgla LA, Jones DL, Keskula DR, Duncan JB. Hip Pain in a High School Football Player: A Case Report. J Athl Train 2001;36:81-4.