

Bel Ağrısının Beklenmedik Nedeni: Osteitis Kondensans İlii

An Unexpected Cause of Low Back Pain: Osteitis Condensans Ilii: Case Report

Dr. Ümit DÜNDAR,^a
Dr. Özlem SOLAK,^a
Dr. Aycan TÜREL^a

^aFiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Ümit DÜNDAR
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD,
Afyonkarahisar,
TÜRKİYE/TURKEY
umitfr@yahoo.com

ÖZET Hamilelik ve doğum sonrası dönemde bayanlarda bel ağrısı sık görülen bir problemdir. Ligaman laksitesinin ve ekstra mekanik stresin hamilelik sırasında gelişen bel ağrısının en önemli sebebi olduğu düşünülmektedir. Osteitis kondensans ilii, kronik bel ağrısının tekrarlayan atakları ile karakterize olan ve bir veya her iki sakroiliak ekleme lokalize formudur. Osteitis kondensans ilii'nin karakteristik radyolojik görüntüsü sakroiliak eklemin iliak yüzündeki iyi tanımlanmış üçgen sklerozdur. Burada 26 yaşındaki bayan hastada nadir benign bir durum olan osteitis kondensans ilii'ye sekonder gelişen bel ağrısı sunulmuştur. Hastanın hamileliği bel ağrısı ile komplike olmuştur ve fizik muayenesinde dikkate değer bir bulgu yoktur. Bu olgu sunumu osteitis kondensans ilii'nin önemli özelliklerini, ayırıcı tanısını ve tedavisini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osteitis kondensans ilii, bel ağrısı, hamilelik

ABSTRACT Low back pain is a common symptom in women in pregnancy and during the postpartum period. Ligamentous laxity and extra mechanical stress have been attributed as the main cause for low back pain during pregnancy. Osteitis condensans ilii is characterized by recurrent attacks of chronic low back pain localized to one or both of the sacroiliac joints. The radiological appearance in osteitis condensans ilii is characteristic with well defined triangular sclerosis on the iliac aspect of the sacroiliac joint. A case of a 26 year old woman with low back pain secondary to an uncommon benign condition called osteitis condensans ilii is presented here. Her pregnancy had been complicated by low back pain. Physical examination was unremarkable. This case report emphasizes the important features and differential diagnosis of osteitis condensans ilii and managing this rare condition.

Key Words: Osteitis condensans ilii, low back pain, pregnancy

Turkish Medical Journal 2008;2(3):157-61

Bel ağrısı sanayileşen toplumda önemli bir ağrı sebebidir. Kişilerin %80'i yaşamları boyunca en az bir kez bel ağrısı geçirir.¹ Buna karşın vakaların çoğuna spesifik tanı konulamamaktadır.² Hamilelik ve doğum sonrasında da bayanlarda bel ağrısı sık görülen bir problemdir. Ligaman laksitesinin ve ekstra mekanik stresin hamilelik sırasında gelişen bel ağrısının en önemli sebebi olduğu düşünülmektedir.^{3,4}

Osteitis kondensans ilii (OKİ) genellikle hamilelik sonrasında görülen ve inflamatuvar bir artrit ile ilişkili olmayan benign bir durumdur.⁵ OKİ esas olarak radyolojik bir tanıdır. Sakroiliak ekleme komşu iliak kemik öncelik-

le etkilenir ve kendini üçgen şeklinde kemik sklerozu olarak gösterir. Özellikle çok doğum yapmış bayanlarda ve çoğunlukla bilateral ve simetrik tutulum göstermesine karşın, tek taraflı tutulum da doğum yapmamış bayanlarda ve erkeklerde nadiren görülebilir.⁶

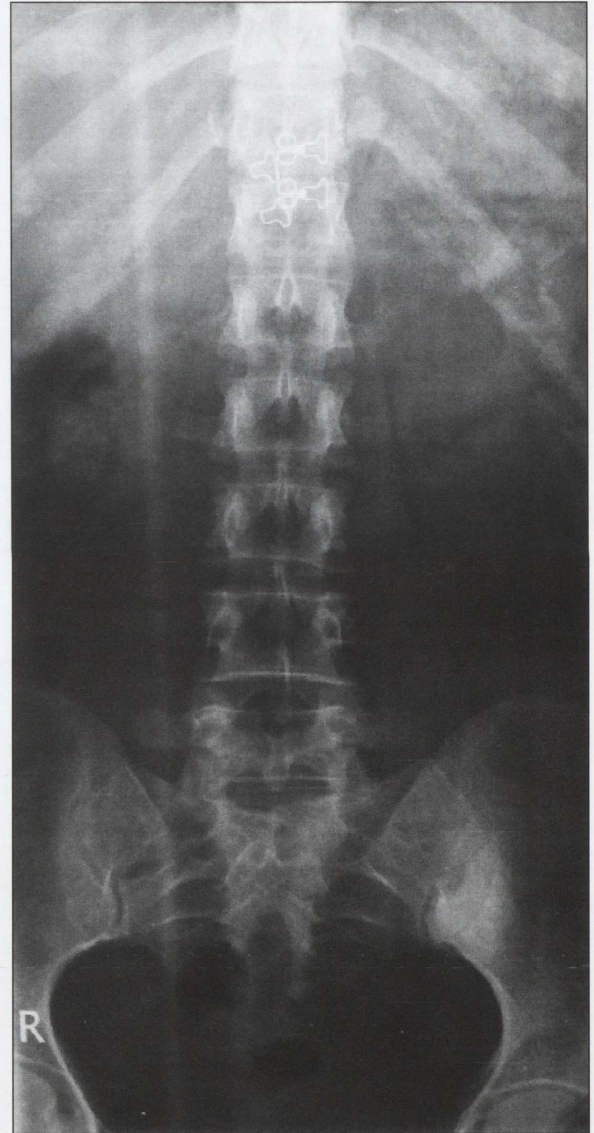
Biz bu olgu sunumunda bel ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran bir hastada etiyojide nadir görülen tek taraflı OKİ'yi rapor etmekteyiz.

OLGU SUNUMU

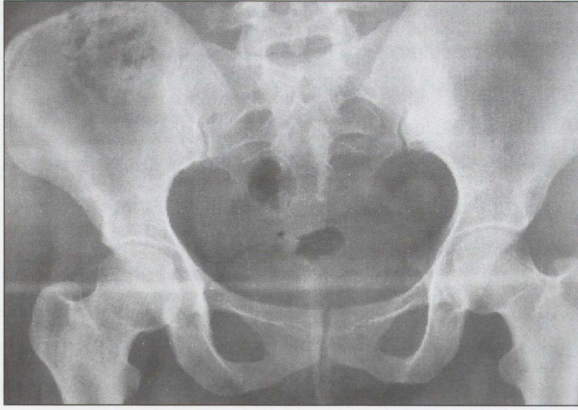
26 yaşında bayan hasta bel ağrısı ve sol kalça ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetlerinin yaklaşık 5 yıl önceki ilk hamileliği sırasında başladığı ve ikinci hamileliği sonrasında da artarak devam ettiği öğrenildi. Hastanın bacaklarında ağrı, güçsüzlük ve uyuşma şikayeti yoktu. Özellikle ayakta uzun süre durduğunda, uzun süre aynı pozisyonda oturduğunda, öne doğru eğildiğinde ve uzun süre yürümek zorunda kaldığında ağrısı belirginleşiyor, istirahat halinde, sırt üstü yataırken şikayetleri hafifliyordu. Şimdiye kadar bu şikayeti için bir çok kez doktora gitmişti ve verilen ilaçlarla ağrısının hafiflediğini söylemekteydi. Hastanın öyküsünde bel ve sol kalça ağrısı dışında, diğer eklemlerinde ağrı ve şişlik şikayeti yoktu. Sabah tutukluğu ve gece ağrısı yoktu. Travma öyküsü yoktu. Öz geçmişinde hasta idiyopatik trombositopenik purpura tanısıyla takip edilmekteydi (tanı kemik iliği biyopsisi ile konulmuştu) ve bu nedenle de hastaya splenektomi yapılmıştı.

Hastanın muayenesinde bel hareketleri tüm yönlere (fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve lateral fleksiyonlar) tam, açık ve ağrısız bulundu. Palpasyonunda herhangi bir kemiksel veya parasipinal kas hassasiyeti yoktu. Düz bacak kaldırma testi, lasague testi, Faber ve Mennel testleri bilateral negatif bulundu. İnspeksiyonda lomber lordozda artma dışında omurgada belirgin bir postür bozukluğu görülmedi. Kalça hareketleri açık ve ağrısızdı. Hastanın lomber schober testi (6 cm) ve göğüs ekspansiyonu (6 cm) normal sınırlarda bulundu. Hastanın diğer lökomotor muayenesinde başka bir pozitif bulguya rastlanmadı. Nörolojik muayenesinde bir patoloji saptanmadı. Hastanın sistemik muayenesi normaldi. Laboratuvar testlerinde; erit-

rosit sedimentasyon hızı (ESH): 19 mm/ saat ve C-reaktif protein (CRP): 1.5 mg/L (normal <5 mg/L) idi. Tam kan sayımında hastanın trombosit, lökosit ve eritrosit değerleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum kalsiyum, fosfor, alkalen fosfat ve parathormon ölçümlerini de içeren diğer laboratuvar testleri de normal sınırlarda bulundu. Çekilen iki yönlü lumbosakral grafide ve anterior-posterior (AP) pelvis grafisinde sol sakroiliak eklemden iliak kesimde skleroz ve dansite artışı görüldü (Resim 1 ve 2). Bunun üzerine etiyojijiyi



RESİM 1: Anterior-posterior lumbosakral grafide sol sakroiliak eklemin orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz izlenmektedir. Lomber vertebralarda bir patoloji izlenmemiştir.



RESİM 2: Anterior-posterior pelvis grafisinde sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz izlenmektedir. Sağ sakroiliak eklem ve her iki kalça ekleminde patoloji görülmemektedir.

netleştirmek için sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı. Ayrıca hastadan brusella testi, klamidya, salmonella ve şigella antikorları istendi. Bu laboratuvar testleri negatif bulundu. Çekilen AP pelvis grafisinde ve sakroiliak eklem MRG'de sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde skleroz izlenirken, eklem mesafeleri normal olarak izlendi (Resim 3).

Hastanın ateşinin ve kilo kaybının olmaması, serum akut faz reaktanlarının normal sınırlarda olması, eklemlerinde artrit ve entesopati bulgusunun olmaması, sakroiliak eklem muayenesinin normal olması, bel hareketlerinin tüm yönlere tam ve açık olması, sabah tutukluğu ve gece ağrısının olmaması, inflamatuvar tarzda bel ağrısının olmaması, ay-



RESİM 3: Her iki sakroiliak eklem manyetik rezonans görüntülemesinde sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz izlenmektedir.

rıca hasta serum brusella, klamidya, salmonella ve şigella testlerinin negatif olması ve çekilen grafilerde ve MRG'de sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz izlenirken, eklem mesafeleri normal olarak görünmesi nedeniyle inflamatuvar tipte sakroiliit (ankilozan spondilit ve reaktif artrit başta olmak üzere seronegatif spondiloartropatiler) dışlandı. Ayrıca siyatik ve femoral germe testlerinin negatif olması, nörolojik muayenede derin tendon reflekslerinin, motor ve duyu muayenesinin normal olması, sistematik muayenesinin ve sorgulamasının, genel laboratuvar testlerinin normal olması ve çekilen grafilerde ve MRG'de sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz dışında patolojik bulgu olmaması ile de, bel ağrısı yapabilecek diğer etiyolojik faktörlerden uzaklaştırıldı. Hastanın bel ağrısı ve sol kalça ağrısı unilateral OKİ'ye bağlandı.

Hastaya ağrıyı ve semptomları baskılamak için steroid olmayan anti-inflamatuvar ilaç (SOAİİ) ve miyorelaksan kombinasyonu başlandı. Beraberinde hastaya bel, kalça kuşağı (gluteus maksimus, medius ve kalça eksternal rotatörleri) ve abdominal kasları kuvvetlendirme egzersizleri, postür ve germe egzersizleri verildi. Hasta bel okulu programına alındı ve günlük yaşam aktivitelerinde yapması gereken değişiklikler konusunda bilgilendirildi. Hasta bir ay sonra kontrole geldiğinde şikayetlerinin belirgin olarak gerilediği görüldü.

TARTIŞMA

OKİ benign bir patolojidir ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık bulunur. OKİ gerçekte radyolojik bir tanıdır. Sakroiliak eklem iliak kanadının alt-orta kısmında bilateral ve kısmen simetrik sklerotik alan ile karakterizedir ve sklerotik alan tipik olarak üçgen şeklindedir.⁶ Bu patolojinin görülmesinin klinik önemi ankilozan spondilit başta olmak üzere diğer inflamatuvar durumlarda da görülebilen sakroiliitin erken dönemleri ile karışabileceğidir. Sakroiliitin aksine, OKİ'de artiküler sınırlar sağlamdır ve eklem mesafesi korunmuştur. OKİ'de radyolojik değişiklikler değişebilir ve hatta zamanla patoloji düzelebilir. OKİ'nin ayırıcı tanısında seronegatif spondiloartropatiler (ankilozan spondilit,

407
100

reaktif artrit, enteropatik artrit, psoriatik artrit vb.), renal osteodistrofi, Paget hastalığı ve primer hiperparatiroidizm öncelikle düşünülmesi gereken hastalıklardır.⁷

OKİ etiyojisi tam olarak bilinmemektedir ve etiyojisi ile ilgili bir çok teori öne sürülmüştür. Bununla beraber en kabul gören hipotez hamilelik sırasında sakroiliak eklem binen mekanik stresin artması, yine hamileliğe bağlı artmış ligaman laksiyesi ve vaskülaritenin iliak kemikte görülen değişikliklere neden olabileceği yönündedir. Bununla beraber OKİ hiç doğum yapmamış bayanlarda ve erkeklerde de görülebilir ve bu durumda teori yetersiz kalmakla beraber, bu tip hastalarda farklı nedenler sakroiliak eklemde mekanik stres yaratıyor olabilir. Diğer bir hipotez ise idrar yolu enfeksiyonuna sekonder gelişebileceği yönündedir.⁸

Bazı yazarlar OKİ ve ankilozan spondilitin birbirleri ile ilişkili olabileceğini iddia etmektedir. Bununla beraber ankilozan spondilit daha çok erkeklerde görülür ve sakroiliak eklemde daralma, erozyonlar, sklerozun eklemde hem sakral hem de iliak kanadını tutması ve ek olarak spinal tutulumunda görülebilmesi ile radyolojik açıdan ayrılır. Bununla beraber erken sakroiliit ve OKİ arasındaki ayırıcı tanı her zaman bu kadar net değildir. Bu da Avrupa spondiloartropati çalışma grubu tarafından iki hastalığın ayırıcı tanısında kullanılması açısından bazı kriterlerin önerilmesi gereğini doğurmuştur. Ayırıcı tanıdaki klinik kriterler; inflamatuvar spinal ağrı veya psoriasis ve/veya inflamatuvar bağırsak hastalığı ile birlikte olan alt ekstremitte sinoviti, şişen kalça ağrısı, entesopati ve spondiloartropatiler için pozitif aile öyküsü.⁹ Bu klinik bulguların OKİ'de gözlenmesi olağan değildir ve bu bulgular seronegatif spondiloartropatlere bağlı sakroiliiti düşündürür. Singal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada OKİ ve ankilozan spondilit tanısı olan bayan hastalar birbirleri ile karşılaştırılmış ve çalışma sonucunda OKİ'nin ankilozan spondilitin değişik bir formu olmadığı sonucuna varılmıştır.¹⁰

Bizim hastamızda tipik olarak bel ve sol kalça ağrısı hamilelik sırasında başlamıştı ve ikinci hami-

leliği sonrasında da ağrısı şiddetlenmişti, ayrıca klinik olarak inflamatuvar tarzda bir bel ağrısı yoktu ve seronegatif spondiloartropatiler için tipik bulgular olan serum akut faz reaktanlarının yüksekliği, çevresel eklemlerinde artrit, entesopati bulgusu, sakroiliak eklem hassasiyeti, bel hareketlerinde kısıtlılık, sabah tutukluğu ve gece ağrısı gibi bulgulara sahip değildi. Çekilen grafilerde ve MRG'de sol sakroiliak eklem orta ve inferior kesiminde iliak yüzde üçgen şeklinde skleroz izlenirken, eklem mesafeleri normal olarak görünmesi ve eklemde erozyon saptanmaması nedeniyle inflamatuvar tipde sakroiliit patolojileri dışlandı. Ayrıca yapılan laboratuvar testlerinde serum parathormon, kalsiyum, fosfor, alkalin fosfat, böbrek fonksiyon testlerinin ve tam kan sayımının normal sınırlarda olması, çekilen grafilerde ve MRG'de başka bir patolojinin görülmemesi ile sakroiliak eklemde skleroz yapabilecek diğer nedenlerin (renal osteodistrofi, Paget hastalığı ve primer hiperparatiroidizm) dışlanmasını sağladı.

Bizim olgumuzda olduğu gibi aktiviteyle artan lateralize bel ve kalça ağrısının varlığında, disk hernisinin ayırıcı tanıda ayrıntılı olarak incelenmesi faydalı olabilir. Bizim hastamızın bel hareketlerinin tüm yönlere tam, açık ve ağrısız olması, düz bacak kaldırma testi ve lasegue testinin bilateral negatif olması ve olguda nörolojik kusur olmaması nedeniyle biz hastamızda lomber disk hernisinden uzaklaşarak hastada ek olarak lumbosakral MRG yaptırmadık. Eğer ek olarak olgumuzda lumbosakral MRG de yapmış olsaydık hastamızda disk hernisini daha net olarak ekarte edebilirdik. Bu bizim açımızdan bir eksiklikti.

Sonuç olarak OKİ çoğunlukla hamilelik sonrasında bayanlarda gelişen ve kendini bel ağrısı ile gösteren bir benign patolojidir. Pratikte bu hastalığın önemi ankilozan spondilit başta olmak üzere sakroiliit yapabilecek diğer spondiloartropatiler ile potansiyel olarak karışabilecek olmasından kaynaklanmaktadır. Konservatif tedavi yöntemleri (egzersiz, analjezikler ve bel okulu) ile hastalığın semptom ve bulguları kontrol altına alınabilir.

KAYNAKLAR

1. Sinaki M, Mokri B. Low back pain and disorders of the lumbar spine. In Braddom RL (ed). *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 853-93.
2. van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain. *Spine* 2000; 25(20):2688-2699.
3. Ostgaard HC, Andersson GB, Schultz AB. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. *Spine* 1993;18:61-5.
4. MacLennan AH, Nicolson R, Green RC, Bath M. Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet* 1986; 2: 243-5.
5. Thompson M. Osteitis condensans ilii and its difference from ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1954;13:147-156.
6. Resnick D. Disorders of other endocrine glands and of pregnancy. In: Resnick D, ed. *Diagnosis of bone and joint disorders*. Philadelphia: W B Saunders, 1995: 2089-92.
7. Numaguchi Y. Osteitis condensans ilii, including its resolution. *Radiology* 1971; 98: 1-8.
8. Vadivelu R, Green TP, Bhatt R. An uncommon cause of back pain in pregnancy. *Postgrad Med J* 2005; 81: 65-67.
9. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, et al. The European Spondyloarthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. *Arthritis Rheum*. 1991;34:1218-227.
10. Singal DP, de Bosset P, Gordon DA, Smythe HA, Urowitz MB, Koehler BE. HLA antigens in osteitis condensans ilii and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol Suppl* 1977; 3: 105-8.

409

408