

## Bölüm 25

# PRİMER KALÇA OSTEOARTRİTİ

Enes SARI<sup>1</sup>

### TANIM

Osteoartrit (OA), eklem kırırdağı ile birlikte subkondral kemik, sinoviyal doku, eklem kapsülü ve çevre yumuşak dokunun etkilendiği, eklem kırırdağının progresif yıkımı ile seyreden kronik dejeneratif eklem hastalığıdır. Gelişmiş ülkelerde sakatlık ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan başlıca sebeplerdendir (1). Yük taşıyan eklemlerde (kalça ve diz) göreceli olarak daha sık görülür. Primer OA ileri yaş hastalarda sık görülen, başlatıcı nedenin tam olarak bilinmediği idiopatik tip hastalığı tanımlar. Sekonder OA ise daha genç hastalarda görülebilen, travma ve enfeksiyon gibi hastalığa zemin hazırlayan bir etyolojik faktörün olduğu tiptir.

### EPİDEMİYOLOJİ

Primer kalça OA prevalans ve insidansı yaşla birlikte artmaktadır. 65 yaş üzerinde uzun süreli sakatlığın en sık nedeni olup tüm etnik grupları ve coğrafi bölgeleri etkilemektedir. Semptomatik kalça OA için yaşam boyu risk erkeklerde %18.5, kadınlarda %28.6 olarak bildirilmiştir (2). Yaş ve cinsiyetin standardize edildiği bir çalışmada semptomatik kalça OA insidansı yıllık 100 binde 88 olarak raporlanmıştır (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada, 45 yaş ve üzeri erişkinlerde semptomatik kalça OA prevalansı oranı %9.2 ve kadınlarda biraz daha yüksek olarak raporlanmış, bu hastaların %27'sin-

de hastalığın radyolojik bulguları olduğu bildirilmiştir (4). Avrupa kaynaklı çalışmalarda kalça OA prevalansının %6 olduğu, insidansın ise 75 yaş civarında tepe değere ulaştığı raporlanmaktadır (5,6). Asya ülkelerinde 60 yaş ve üzeri hastalarda radyolojik kalça OA prevalansı daha düşüktür. 2032 yılına kadar, 45 yaş ve üzeri popülasyonda doktor tarafından tanı konmuş kalça OA oranının %5.8'den %6.9'a çıkması beklenmektedir (7).

### ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

OA gelişiminde etyoloji multifaktöriyeldir. Kalça osteoartritinde risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak 2 grup altında toplanabilir.

Değiştirilebilir risk faktörleri arasında obezite, eklemi ilgilendiren travma öyküsü, kas güçsüzlüğü, aşırı fiziksel aktivite gerektiren meslek ya da sportif faaliyetle uğraşmak sayılabilir. Obezite ve aşırı kilo ile diz osteoartriti ilişkisi kadar tutarlı olmasa da, obezite ile bilateral radyolojik ve semptomatik kalça OA riskinde artış olduğu gösterilmiştir (3). Obezitenin sebep olduğu mekanik yüklenmenin artmış osteoartrit riski için tek başına sorumlu olmadığı, yağ doku kaynaklı sitokinlerin (adipokinler) artmış seviyelerinin de osteoartrit gelişimine katkı sağladığı düşünülmektedir (8). Literatürde yük kaldırma ve taşıma ile ilişkili meslek gruplarında (inşaat işçileri ve çiftçiler) ve uzun mesafeli koşucularda kalça OA gelişme riskinin arttığını raporlayan çalışmalar mevcuttur (9-11).

<sup>1</sup> Dr. Öğretim Üyesi, Yakın Doğu Üniversite Hastanesi, esari.md@gmail.com

rumu ve komorbid hastalıkları ile şikayetlerinin süresi not edilmelidir.

Osteoartritte semptomların ciddiyeti ile radyolojik bulgular her zaman korele olmayabilir. İleri evre radyolojik anormallikler saptanan bir hastada günlük aktiviteleri etkilemeyen ılımlı bir ağrı olabileceği gibi direkt grafilerde minimal radyolojik değişikliklerin izlendiği bir hastada yaşam kalitesini bozan şiddetli kalça ağrısı olabilir.

Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology) tarafından belirlenen kalça osteoartriti tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

1. Kalça ağrısı (son 1 ay içinde birden fazla günde)
2. Sedimentasyon < 20 mm/s olması,
3. Direkt grafilerde femoral veya asetabuler osteofit varlığı,
4. Direkt grafilerde kalça eklem aralığında daralma.

Yukarıdaki kriterlerden 1. kriter ile 2, 3 ve 4. kriterlerden en az ikisinin birlikte bulunması kalça OA lehine değerlendirilir (26).

Dejeneratif osteoartrit tanısı için özel bir laboratuvar çalışması yoktur. Kan tetkikleri ve sinovial sıvı analizi çalışmaları eklem tutulumu ile giden diğer patolojik süreçlerin kalça osteoartritinden ayırıcı tanısında kullanılabilir.

## TEDAVİ

Kalça osteoartritinin tedavisi hastanın yaşı, semptomların şiddeti, eklem tutulumunun derecesi ile hastanın fonksiyonel kapasitesi ve beklentilerinin bir bütün olarak değerlendirildiği, hekim ve hastanın birlikte yönettikleri bir süreçtir. Kalça osteoartriti tedavisinde kullanılan konservatif ve cerrahi seçenekler ilerleyen bölümlerde tartışılacağı için bu bölümün konusu dışındadır.

## SONUÇ

Primer kalça osteoartriti yaşla birlikte sıklığı artan, sakatlık ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olabilen kas-iskelet sisteminin en sık hastalıklarından biridir. Beklenen yaşam süresinin uzaması ve obezite gibi günümüz modern hayatının beraberinde getirdiği problemler sık karşılaşılan bu sorun ile ortopedi ve travmatoloji uzmanlarının mücadelesinin devam edeceğini göstermektedir. Yeni biyokimyasal belirteçler ve görüntüleme yöntemleri ile kıkırdak hasarının erken tanısı mümkün olabilir. Yeni farmakolojik ajanlar ve rejeneratif tıp alanındaki gelişmeler ile kıkırdak doku tamiri açısından umut vericidir.

**Anahtar Kelimeler:** Primer osteoartrit, kalça osteoartriti, dejeneratif artit, kıkırdak.

## KAYNAKÇA

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Prevalence of disabilities and associated health conditions among adults-United States, 1999. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2001;50(7):120-125.
2. Murphy NJ, Eyles JP, Hunter DJ. Hip osteoarthritis: Etiopathogenesis and implications for management. Adv Ther. 2016;33(11):1921-46.
3. Oliveria SA, Felson DT, Reed JI, et al. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. Arthritis Rheum. 1995;38(8):1134-414.
4. Jordan J, Helmick C, Renner J, et al. Prevalence of hip symptoms and radiographic symptomatic hip osteoarthritis in African-Americans and Caucasians: The Johnston County Osteoarthritis Project. J Rheumatol. 2009;36(4):809-15.
5. Prieto-Alhambra D, Judge A, Javaid MK, et al. Incidence and risk factors for clinically diagnosed knee, hip and hand osteoarthritis: influences of age, gender and osteoarthritis affecting other joints. Ann Rheum Dis. 2014;73:1659-64.
6. Yu D, Peat G, Bedson J, et al. Annual consultation incidence of osteoarthritis estimated from population-based health care data in England. Rheumatology. 2015;54:2051-60.
7. Turkiewicz A, Petersson IF, Bjork J, et al. Current and future impact of osteoarthritis on health care: a population-based study with projections to year 2032. Osteoarthritis Cartilage. 2014;22:1826-32.
8. McNulty AL, Miller MR, O'Connor SK, et al. The effects of adipokines on cartilage and meniscus catabolism. Connect Tissue Res. 2011;52(6): 523-533.
9. Croft P, Cooper C, Wickham C, et al. Osteoarthritis of the hip and occupational activity. Scand J Work Environ Health. 1992;18(1):59-63.
10. Puranen J, Ala-Ketola L, Peltokallio P, et al. 1975 Running and primary osteoarthritis of the hip. Br Med J. 1975;2(5968):424-5.
11. Spector TD, Harris PA, Hart DJ, et al. Risk of osteoarthritis associated with long-term weight-bearing sports: a radiologic survey of the hips and knees in female ex-athletes and population controls. Arthritis Rheum. 1996;39(6):988-95.
12. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2008;34:515-29.
13. Saberi Hosnijeh F, Zuiderwijk ME, Versteeg M, et al. Cam deformity and acetabular dysplasia as risk factors

- for hip osteoarthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2017;69:86–93.
14. Cannada LK. (2015) OKU 11 – Orthopaedic Knowledge Update. (Bülent ATİLLA, A. Mümtaz ALPASLAN, Çev. Ed.). Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
  15. Brinker MR, O'Connor DP. (2012) Section 2: Joints. in Miller MD, Thompson SR, Hart JA (Eds.), *Review of Orthopedics* (6th ed., pp. 39-51). USA: Elsevier.
  16. Polkowski GG, Lieberman JR. (2014) Chapter 109: General Evaluation of the Hip Patient. in Boyer MI (Ed.), *AAOS Comprehensive Orthopaedic Review Vol.2* (pp. 1203-1209). USA: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
  17. Sutton KM, Grauer JN, Biswas D, Bible JE. (2014) Chapter 8: Articular Cartilage and Osteoarthritis. in Boyer MI (Ed.), *AAOS Comprehensive Orthopaedic Review Vol.1* (pp. 93-104). USA: American Academy of Orthopaedic Surgeons.
  18. Goldring MB, Marcu KB. Cartilage homeostasis in health and rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):224.
  19. Abhishek A, Doherty M. Diagnosis and clinical presentation of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2013;39(1): 45-66.
  20. Fu K, Robbins SR, McDougall JJ. Osteoarthritis: the genesis of pain. *Rheumatology.* 2018;57(suppl 4):iv43–50.
  21. Hsia AW, Emami AJ, Tarke FD, et al. Osteophytes and fracture calluses share developmental milestones and are diminished by unloading. *J Orthop Res.* 2018;36:699–710.
  22. Akkaya M, Gürsoy S. (2016) Osteoartrit. Bozkurt M, Tandoğan NR, Elmalı N, Aktekin CN (Ed.), *TUSYAD Eğitici Kitap Serisi: Kıkırdak içinde* (s. 53-63). İstanbul: İTK Basım.
  23. Jotanovic Z, Mihelic R, Gulan G, et al. Osteoarthritis of the hip: An overview. *Periodicum Biologorum.* 2015;117(1):95–108.
  24. Skinner BH, Sekiya JK, Jameel O, McMahon PJ. (2014) Adult Reconstructive Surgery. in Skinner BH, McMahon PJ (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment in Orthopedics* (5th ed., pp. 599-677). E-book: McGraw-Hill Education.
  25. Weinstein SL, Buckwalter JA. (2009) Turek Ortopedi İlkeler ve Uygulamaları. (A. Mümtaz ALPASLAN, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
  26. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991;34(5):505–514.