

OSTEOARTRİT

26. BÖLÜM

Songül KESKİN KAVAK¹

Giriş

Osteoartrit (OA) insidansı yaşla birlikte artan, eklem kıkırdağının fokal kaybı ve kemik değişikliklerinin eşlik ettiği dejeneratif bir eklem hastalığıdır. Temel şikayetler ağrı ve tutukluktur. Tüm dünyada sıklığı yaşla birlikte artan, ilerleyen yaşlarda hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ciddi morbiditeye yol açan kronik bir hastalıktır. Eklem aralığında daralma, osteofit, subkondral skleroz, kist formasyonu, kemik kontür anormallikleri sıklıkla karşılan radyolojik görüntülerdir. Epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla radyolojik derecelendirme için *Empire Rheumatism Council* sistemi kullanılmaktadır. (1)

OA Sınıflandırması

OA, etiyolojik olarak primer (idiyopatik) ve sekonder olarak iki tipe ayrılmıştır. (5) OA'nın en sık görülen formu primer OA formudur. Primer OA'da obezite, yaşlılık ve kalıtsal sebepler de düşünülmelidir. Primer OA'da daha çok el, diz ve kalça tutulumu görülür. Sekonder OA, altta yatan sebebin belli olduğu OA tipidir. Herhangi bir eklemde yer alabilir. Sekonder OA sebepleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

1. Metabolik sebepler (Akromegali, Okronozis, Kalsiyum Kristal Depo Hastalığı)

2. Anatomik sebepler (Epifizyal Displaziler, Perthes-Calve-Leg hastalığı, bacak boyu eşitsizliği, konjenital bacak boyu eşitsizliği, hipermobilité sendromları)
3. Travmatik sebepler (Fraktür, operasyon öyküsü, iş ve uğraşıya bağlı kronik hasar gelişen eklemler)
4. İnflamatuar sebepler (İnflamatuar artrit ve septik artrit)

OA'yı tutulan eklem sayısı ve dağılımına göre de sınıflamak mümkündür. Tutulan eklem sayısına göre yapılan sınıflandırmada monoartiküler, oligoartiküler ve poliartiküler (yaygın) OA formları bulunmaktadır.

OA'da distal interfalangeal (DİF) ve proksimal interfalangeal (PİF) eklemleri, başparmak, karpometakarpal (KMK), diz, kalça ve intervertebral faset eklemlerin tutulumu ön plandadır. (2)

OA Prevalansı

OA; genellikle yaşlı populasyonda görülen, eklem kıkırdağında erozyon, osteofit, subkondral skleroz gibi patolojilere yol açabilen ve dünyada en yaygın görülen artrit formudur. (3,4) Dünya nüfusu üzerinde yapılan çalışmalarda 65 yaş üzerindeki kişilerin %10-30'unda, 55 yaş üzeri

¹ Uzm.Dr.,Yozgat Şehir Hastanesi, Songuleren2005@gmail.com

artroplastiler uygulanan cerrahi yöntemler arasında yer almaktadır. (48)

SONUÇ

Osteoartrit (OA), patofizyolojisinde; genetik, epigenetik ve çevresel faktörlerin birlikte rol aldığı, eklem hasarı ve fonksiyonda azalmaya yol açan bir hastalıktır. Tedavisinde semptomların kontrolü ön plandadır. Hastalık progresyonunu durduran veya yavaşlatan hastalık modifiye edici tedavi yöntemlerini geliştirmeye yönelik araştırmalar devam etmektedir.

Son yıllarda hücre hasarı ve doku rejenerasyonunun uyarılmasına yönelik pek çok yeni molekül geliştirilmiş olup halen etkinlikleri araştırılmaktadır. Ayrıca, ağrı kontrolü amacı ile ozon tedavisi, TZP ve proloterapi gibi yöntemler de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. OA farklı klinik özelliklere sahip heterojen bir hastalık olduğu için hastalıkta farklı mekanizmalar etkili olmaktadır. Bu mekanizmaların belirlenmesi ile birlikte gelecekte klinik özelliklere göre farklı tedavi stratejileri geliştirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Kellgren JK, Lawrance JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Ann Rheum Dis*. 1957 Dec;16(4):494-502.
2. Cushnagan J, Dieppe P. Study of 55 patients with limb joint osteoarthritis. I. Analysis by age, sex, and distribution of symptomatic joint sites. *Ann Rheum Dis* 1991;50:8-13.
3. Hedbom E, Hauselmann HJ. Molecular aspects of pathogenesis in osteoarthritis: the role of inflammation. *Cell Mol Life Sci*. 2002;59:45-53.
4. Cesare Paul E, Steven B. Abramson. Osteoartrit Patogenezi. İç: Dinçer F, editör. *Kelley Romatol* 1493-1513.
5. Guler Uysal F, Başaran S. Knee osteoarthritis. *Turk J Phys Med Rehab*. 2009;55 Suppl 1;17.
6. Busija L, Bridgett L, Williams SR, Osborne RH, Buchbinder R, March L, et al. Osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):757-68.
7. Hanna FS, Wluka AE, Bell RJ, Davis SR, Cicuttini FM, et al. Osteoarthritis and the postmenopausal woman: Epidemiological, magnetic resonance imaging, and radiological findings. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34(3):631-6.
8. Nevitt MC, Felson DT, Williams EN, et al. The effect of estrogen plus progestin on knee symptoms and related disability in postmenopausal women: The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study, a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 2001;44(4):811-8.
9. Dolan AL, Hart DJ, Doyle DV, et al. The relationship of joint hypermobility, bone mineral density, and osteoarthritis in the general population: the Chingford Study. *J Rheumatol* 2003;30(4): 799-803.
10. Nelson AE, Braga L, Renner JB, et al. Characterization of individual radiographic features of hip osteoarthritis in African American and White women and men: the Johnston County Osteoarthritis Project. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62(2):190-7.
11. Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, et al. Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Study. *Arthritis Rheum* 1997;40(4):728-33.
12. Haara MM, Manninen P, Kröger H, et al. Osteoarthritis of finger joints in Finns aged 30 or over: prevalence, determinants, and association with mortality. *Ann Rheum Dis* 2003; 62(2):151-8.
13. Canter PH, Wider B, Ernst E. The antioxidant vitamins A, C, E or selenium in the treatment of arthritis: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology* 2007 ;46:1223-1233.
14. Davis MS, Ettinger Wh, Neuhans JM, et al. Knee osteoarthritis and physical functioning: evidence from NHA-NES-1. Epidemiologic survey. *J Rheumatol* 1991;18: 591-598.
15. Busija L, Bridgett L, Williams SR, et al. Osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(6):757-68.
16. Felson DT. Osteoarthritis, new insights. Part 1: The disease and its risk factors. *Ann Intern Med* 2000;133:635-641.
17. Karaaslan Y. (Eds) , Osteoartrit, MD Yay, Ankara, 2000.
18. Dennison E, Cooper C. Osteoarthritis: epidemiology and classification. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Eds). *Rheumatol 3rd ed*. Edinburgh: Mosby, 2003:1781-1791.
19. Hawker GA, Stewart L, French MR, et al. Understanding the pain experience in hip and knee osteoarthritis—an OARSI/OMERACT initiative. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008;16(4):415-2223.
20. Bijlsma JW, Berenbaum F, Lefeber FP, et al. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet* 2011;377(9783):2115-26.
21. Ishijima M, Kurosawa H, Kaneko H, et al. Biomarkers in osteoarthritis. In *Arthritis Pathophysiology*

- hy, Prevention and Theurapeutics. Eds Bagchi D, Moriyama H, Raychaudhuri SP. CRC Pres, Boca Raton; 2011. p. 39-54.
22. Hill CL, Gale DR, Chaisson CE, et al. Periarticular lesions detected on magnetic resonance imaging: prevalence in knees with and without symptoms. *Arthritis Rheum.* 2003;48(10):2836-44.
 23. Altman RD, Lozada CJ. Clinical features. Osteoarthritis and related disorders. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, (eds). *Rheumatology*, 6th ed. Philadelphia: Elsevier 2019. p.1447-53.
 24. Abhishek A, Doherty M. Diagnosis and clinical presentation of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin N Am.* 2013;39:45-66.
 25. Block JA. Clinical features of osteoarthritis. In: Hochberg MC, Gravallesse E, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*, 7th ed. Philadelphia: Mosby. 2019.p. 1522-8.
 26. Ofluoğlu D. Osteoartrit. Beyazova M, Kutsal YG, et al. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2016. p.20727.
 27. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC, et al. Where does it hurt? Pain localization in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage.* 1998;6(5):318-23.
 28. Roos EM, Herzog W, Block JA, et al. Muscle weakness, afferent sensory dysfunction and exercise in knee osteoarthritis. [Review]. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 7:57-63.
 29. Lane NE, Wallace DJ. *All About Osteoarthritis: The Definitive Resource for Arthritis Patients and Their Families*. 1st ed. USA: Oxford University Press; 2002.
 30. Master DL, Eubanks JD, Ahn NU, et al. Prevalence of concurrent lumbar and cervical arthrosis: an anatomic study of cadaveric specimens. *Spine* 2009; 34(8): E272-5.
 31. Tanaka Y, Kokubun S, Sato T, Ozawa H, et al. Cervical roots as origin of pain in the neck or scapular regions. *Spine* 2006;31(17): E568-73.
 32. Myakoshi N, Hongo M, Kasikawa Y, et al. Prevalence, Spinal Alignment, and Mobility of Lumbar Spinal Stenosis with or without Chronic Low Back Pain: A Community-Dwelling Study. *Pain Res Treat* 2011; 340629 Epub 2011 may 5.
 33. Millett PJ, Gobeze R, Boykin RE, et al. Shoulder Osteoarthritis: Diagnosis and Management, www.aafp.org/afp. 2008;1;78(5):605-11.
 34. Altman RD, Lozada CJ. Practice guidelines in the management of osteoarthritis, *Osteoarthritis Cartilage.* 1998;6 Suppl A:22-4.
 35. Gomoll AH, Katz JN, Warner JJ, et al. Rotator cuff disorders: recognition and management among patients with shoulder pain. *Arthritis Rheum.* 2004;50(12):3751-61.
 36. de Souza RF, Lovato da Silva CH, Nasser M, et al. Interventions for the management of temporomandibular joint osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Apr 18; 4 :CD007261.
 37. Babaoğlu Ü. S, Evcik D. Osteoartrit Etiyopatogenezi, *Galenos Aylık Tıp Derg* 2006; 114:13-164.
 38. Kutsal Y. G. Kara M. Diz Osteoartriti. Sandoğan M, (eds). *Osteoartrit*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007.S.149- 61.
 39. Ewald A. Adhesive capsulitis. A review. *Am Fam Physician* 2011; 83(4): 417-22.
 40. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American Collage Rheumatology criteria for the classification reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum* 1990;33:1602-10.
 41. Altman R, Asch E, Bloch D, et al. The American Collage Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 1986;29:1039-49.
 42. Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, et al. The American Collage Rheumatology criteria for the classification reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1990;34: 504-14.
 43. Hill CL, Gale DR, Chaisson CE, et al. Periarticular lesions detected on magnetic resonance imaging: prevalence in knees with and without symptoms. *Arthritis Rheum.* 2003;48(10):2836-44.
 44. Allen KD, Coffman CJ, Golightly YM, et al. Daily pain variations among patients with hand, hip, and knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009; 17(10):1275-82.
 45. Hill CL, Hunter DJ, Niu J, et al. Changes in synovitis are associated with changes in pain in knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2007;66(12):1599-603.
 46. Hochman JR, French MR, Bermingham SL, et al. The nerve of osteoarthritis pain. *Arthritis Care Res.* 2010; 62:1019-23.
 47. Duncan RC, Hay EM, Saklatvala J, et al. Prevalence of radiographic osteoarthritis-it all depends on your point of view. *Rheumatology (Oxford).* 2006;45(6):757-60.
 48. Ledingham J, Regan M, Jones A, et al. Radiographic patterns and associations of osteoarthritis of the knee in patients referred to hospital. *Ann Rheum Dis.* 1993;52(7):520-6.
 49. Creamer P, Lethbridge-Cejku M, Hochberg MC, et al. Where does it hurt? Pain localization in osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis Cartilage.* 1998;6(5):318-23.