

Bölüm 14

OSTEOARTRİT

Seyran KILINÇ

Osteoartrit (OA), eklem kıkırdağı ve subkondral kemikte yıkım ve tamir olayları arasındaki normal dengenin bozulması sonucu gelişen dinamik bir hastalık sürecidir. Klinik olarak eklemde ağrı, lokal hassasiyet, hareketlerde kısıtlılık, krepitasyon, bazen efüzyon ve sistemik belirti olmaksızın değişik derecelerde lokal inflamasyon varlığı ile karakterizedir.

Hareketle oluşan ağrının başlıca nedenlerinden biri olduğu için osteoartrit önemli bir özürülük nedenidir. OA'da eklemi oluşturan kemik yoğunluğunda artma ve eklem kenarında yeni kemik oluşumu (osteofit) meydana gelir. Geç dönemde görülen patolojik değişiklikler; eklem kıkırdağında yumuşama, ülserasyon ve fokal parçalanmadır aynı zamanda sinovyal inflamasyon da oluşabilir.

OA, artritlerin en sık görülen formu olup değişik populasyonlarda ortalama prevalansı %10-12'dir. Geriatrik hastalarda kas iskelet sistemi kaynaklı özürülük ve ağrının en sık nedenidir. OA, 55 yaş üzeri populasyonun %10'unu etkilemekte; 75 yaş üzerinde ise bu oran %50'yi geçmektedir. Prevalans ve hastalığın ciddiyeti yaşla birlikte artmaktadır. Hatta bazı çalışmalarda semptomatik diz OA'nın 60 yaş üzerinde görülme sıklığının %50 lere kadar çıktığı ifade edilmektedir. Yaş bütün eklem bölgelerinde OA'nın en önemli nedenidir.

OA her iki cinsiyeti de etkilemekle birlikte kadın erkek oranı bazı çalışmalarda 5:1 ile 4:1 arasında değişmektedir. Hem el hem de diz OA'sı kadınlarda erkeklere göre daha sıklıkla görülmektedir. Kalça OA diz OA'dan daha az görülmele birlikte kadın erkek prevalansı birbirine yakındır ve hatta bazı çalışmalarda erkeklerde daha fazladır.

Opioidler ve Antidepresanlar: NSAII'lerin kontrendike olduğu, etkisiz olduğu veya tolere edilemediği durumlarda opioid analjezikler ve antidepresanlar yararlı alternatifler olabilir.

Topikal NSAII ve Kapsaisin: Basit analjeziklerle birlikte veya sistemik tedaviyi tolere edemeyen hastalara verilebilir.

Semptomatik yavaş etkili ilaçlar: Yavaş etkili ilaçların (glukozamin sülfat, kondroitin sülfat, diaserein, hyaluronik asit) semptomatik etkileri vardır ve bazı kaynaklarda hastalık modifiye edici etkinlikleri olduğu bildirilmiştir.

Glukokortikoidler: OA tedavisinde sistemik glukokortikoid uygulamasının yeri olmamasına rağmen eklem içi enjeksiyonlar ağrı ve inflamasyonun tedavisinde kullanılmaktadır.

C. Cerrahi Tedaviler

Konservatif tedavi ile tatmin edici sonuç alınamayan ve anlamlı derecede ağrı ve fonksiyonel kayıp bulunan hastalarda cerrahi alternatifler düşünülmelidir.

Artroskopik Debridman: Debrisin ve eklem farelerinin uzaklaştırılması, eklem yüzeylerinin düzgünleştirilmesi (kıkırdak tıraşlaması veya termal kondroplasti), abrazyon, menisektomi, osteofit eksizyonu, kısmi sinovektomi gibi cerrahi müdahaleler uygulanabilmektedir.

Osteotomi: Özellikle tek kompartımanlı diz OA'sında valgus deformitesi ve lateral kompartmanda problem mevcutsa distal femoral osteotomi, varus deformitesi ve medial kompartman OA'sı varsa proksimal tibial osteotomi uygulanır.

Artroplasti: Diz OA'sı tedavisinde artroplastinin etkili ve güvenilir bir yöntem olduğu, yaşam kalitesini arttırdığı, ağrıya azalmaya ve fonksiyonel durumda iyileşmeye neden olduğu gösterilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Akyüz G. Osteoartroz tanımı, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. Kutsal YG. (Ed.). Osteoartroz. Güneş Kitabevi, 2000, 13-18.
2. Brandt KD. Osteoarthritis. Clinical patterns and pathology. Kellye WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB (Eds.). Textbook of Rheumatology. WB Saunders Company, 1997, Philadelphia, 1432-47.
3. Çeliker R. Kalça ve diz osteoartriti tedavisinde güncel kılavuzlar. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2008;39:36-44.
4. Kutsal YG, Kara M. Diz Osteoartriti. Sarıdoğan M. (Ed.). Osteoartrit, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007, İstanbul, 149-63.
5. Jones A, Doherty M. Osteoartrit araştırma ve tanı atlası, Clinical Publishing, Oxford, 2005, UK,31-40.

6. Doherty M, Jones A, Cowston TE. Osteoarthritis. PJ Maddison, DA Isenberg, P Woo, Glass. P, (Eds); In Oxford textbook of rheumatology 2nd. 1515-53.
7. Hicks JE, Gerber LH. Rehabilitation of the patient with arthritis and connective tissue disease. Delisa JA, Gans BM (Ed.). In rehabilitation medicine, principles and practice 3 th ed 1998, 1477-1516.
8. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part I: osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum. 1995;38:1535-40.
9. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II: osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum. 1995;38:1541-6.
10. Lozada CJ, Altmann RD. Management of osteoarthritis. WJ Koopman, (Ed.). In arthritis and allied conditions, a textbook of rheumatology 13th ed. 2013, 27.
11. Kalenderer Ö, Özel A, Turan D. Ortopedi kliniği hemşirelik rehberi. 2013;11-21.