

BÖLÜM 22

KONJENİTAL HİPOPÜİTARİZMLİ YETİŞKİN HASTADA BİLATERAL FEMUR BAŞI EPİFİZ KAYMASI

Erdinç GENÇ¹

GİRİŞ

Femur başı epifiz kayması (FBEK) femur başı epifizinin fiz ve metafize göre göreceli olarak yer değiştirmesi olarak tanımlanır(1). Femur başı asetabulum içinde sabit kalırken femur boynu ve shaftı anteriora hareket eder ve dış rotasyon hareketi yapar(2). Sıklıkla 8-15 yaşları arasındaki adolesanlarda görülürken insidansı cinsiyet ve etnik kökene göre değişiklik gösterebilir(3). Erkeklerde ortalama görülme yaşı 13,5 iken kadınlarda 12 yaştır(4). Proksimal femoral fizis erkeklerde 18 yaşında kadınlarda 16 yaşında kapandığı için hastaların neredeyse tamamı 18 yaşından küçüktür. Buna rağmen literatürde iskelet gelişimi gecikmiş yetişkinlerde saptanan vakalar bildirilmiştir(5). Patofizyolojisinde hızlı büyüme döneminde çeşitli sebeplere bağlı oluşan fize aşırı yüklenmenin olduğu gösterilmiştir. Bu aşırı yüklenme sebepleri arasında fizyel instabilite, boyun / metafiz seviyesinde deformite ve proksimal femur ve / veya asetabulumun önceden var olan deformitesi sayılabilir(6).

FBEK %50 oranından fazla bilateral görülür. Tek taraflı görülen vakalarda genç yaşta ve sol kalçada görülme oranı daha yüksek iken sonraki 18 ay içinde karşı kalçada görülme oranı belirgin

yüksektir(7,8). Bazı serilerde %40'a yakın karşı kalçada asemptomatik FBEK görüldüğü belirtildiğinden FBEK'e yönelik muayenede karşı kalça değerlendirilmesi mutlaka gereklidir(9).

FBEK neredeyse her zaman adolesan çağda görülmesine karşın literatürde yetişkin hastalarda görüldüğü de belirtilmiştir. Bu duruma neden olan en sık sebep hastada mevcut olan endokrinopati varlığıdır(5). Büyüme hormonu eksikliği, tiroid hormonu eksikliği ve bu gibi endokrin disfonksiyonu olan hastalarda kronolojik yaş ileri olmasına rağmen fizyolojik yaş geri kalmıştır. Bundan dolayı olası fizyel patolojilerde ve fize binen artan streslerde FBEK oluştuğu belirtilmiştir(3,4,6).

Bu bölümde panhipopitüitarizm tanılı 24 yaş erkek hastanın bilateral FBEK gelişimi, uygulanan in situ fiksasyon yöntemi ve 4 yıllık takip sonuçları mevcut literatür eşliğinde değerlendirilecektir.

VAKA SUNUMU

24 yaşında erkek hasta sol kalça ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın çekilen pelvis anteroposterior(AP) konvansiyonel grafilerinde

¹ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, erdincgenc@hotmail.com

karşı taraf kalçada FBEK görülebilme riski daha yüksek olduğundan hastaların yakın takip edilmesi gerekir. Bu durumlarda karşı kalçada belirti olmasa bile ileride gelişebilecek morbidite riskini en aza indirmek için profilaktik in situ fiksasyon başlıca önerilen tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

1. Witbreuk M, van Kemenade FJ, van der Sluijs JA. Slipped capital femoral epiphysis and its association with endocrine, metabolic and chronic diseases: a systematic review of the literature. *J Child Orthop*. 2013;7(3):213-223
2. Loder RT, Aronsson DD, Weinstein SL. Slipped capital femoral epiphysis. *Instr Course Lect*. 2008;57:473-498.
3. Lehmann CL, Arons RR, Loder RT. The epidemiology of slipped capital femoral epiphysis: an update. *J Pediatr Orthop*. 2006;26(3):286-290.
4. Ogden JA, Southwick WO. Endocrine dysfunction and slipped capital femoral epiphysis. *Yale J Biol Med*. 1977; 50: 1-16.
5. Macía-Villa CC, Sanchez-Lite I, Medina-Luezas J. Slipped capital femoral epiphysis in adults: case report and review of literature. *Reumatismo*. 2016;68(1):40-47. Published 2016 Jun 23. doi:10.4081/reumatismo.2016.860
6. Millis MB. SCFE: clinical aspects, diagnosis, and classification. *J Child Orthop*. 2017;11(2):93-98.
7. Loder RT, Skopelja EN. The epidemiology and demographics of slipped capital femoral epiphysis. *ISRN Orthop*. 2011;2011:486512. Published 2011 Sep 21.
8. Hu MH, Jian YM, Hsueh YT. Slipped capital femoral epiphysis in an adult with panhypopituitarism. *Orthopedics*. 2011;34(3):222. Published 2011 Mar 11.
9. Lehmann TG, Engesæter IØ, Laborie LB. Radiological findings that may indicate a prior silent slipped capital femoral epiphysis in a cohort of 2072 young adults. *Bone Joint J*. 2013;95-B(4):452-458.
10. Loder RT. The demographics of slipped capital femoral epiphysis. An international multicenter study. *Clin Orthop Relat Res*. 1996;(322):8-27.
11. Song KS, Lim YW, Ok IY, Lee SW. Delayed-onset of slipped capital femoral epiphysis. *J Orthop Sci*. 2015;20(1):78-86.
12. Marquez D, Harb E, Vilchis H. Slipped capital femoral epiphysis and hypothyroidism in a young adult: a case report. *J Med Case Rep*. 2014;8(1):336. Published 2014 Oct 10.
13. Kohno Y, Nakashima Y, Kitano T, et al. Subclinical bilateral involvement of the hip in patients with slipped capital femoral epiphysis: a multicentre study. *Int Orthop*. 2014;38(3):477-482.
14. Aprato A, Conti A, Bertolo F. Slipped capital femoral epiphysis: current management strategies. *Orthop Res Rev*. 2019;11:47-54. Published 2019 Mar 29.
15. Smith SM, Sumar B, Dixon KA. Musculoskeletal pain in overweight and obese children. *Int J Obes (Lond)*. 2014;38(1):11-15.
16. Cowell HR. The significance of early diagnosis and treatment of slipping of the capital femoral epiphysis. *Clin Orthop Relat Res*. 1966;48:89-94.
17. Herman MJ, Martinek M. The limping child. *Pediatr Rev*. 2015;36(5):184-197. doi:10.1542/pir.36-5-184
18. Loder RT. Unstable slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop*. 2001;21(5):694-699
19. Loder RT, Dietz FR. What is the best evidence for the treatment of slipped capital femoral epiphysis?. *J Pediatr Orthop*. 2012;32 Suppl 2:S158-S165.
20. Walters R, Simon SR. Joint destruction: a sequel of unrecognized pin penetration in patients with slipped capital femoral epiphyses. In: *The hip: proceedings of the eighth open scientific meeting of the hip Society*. St. Louis: CV Mosby; 1980:145-164.
21. Jerre R, Billing L, Hansson G, Karlsson J, Wallin J. Bilaterality in slipped capital femoral epiphysis: importance of a reliable radiographic method. *J Pediatr Orthop B*. 1996;5(2):80-84.