

## **OLGU SUNUMU: AMATÖR FUTBOLCUDA OSTEİTİS PUBİS**

Metin ERGÜN\*

### **ÖZET**

Kasık yaralanmaları tüm spor yaralanmaları içinde % 2-5'lik bir oranı oluşturmaktadır. Bunların içerisinde adduktor strain ve osteitis pubis kasık ağrılarının en sık rastlanan nedenleri olarak bilinmektedir. Bu iki klinik durumun ayırımı güçlük gösterebilmektedir. Ayırıcı tanının erken dönemde yapılması ve tedavinin planlanması yaralanmanın kronik hale gelmesini ve sportif kariyeri etkileyebilecek şekilde antrenmandan uzak kalma durumunu önleyecektir. Bu olgu sunumu ile ayırıcı tanıda erken radyolojik tetkikin öneminin vurgulanması ve osteitis pubis tedavisinde lokal kortikosteroid uygulamasının rolünün tartışılması amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Osteitis pubis, kasık ağrısı, futbol

### **SUMMARY**

#### **CASE REPORT: OSTEITIS PUBIS IN AN AMATEUR SOCCER PLAYER**

*Groin injuries comprise 2-5 % of all sports injuries. Adductor strains and osteitis pubis are the most common musculoskeletal causes of groin pain in athletes. It is often difficult to discriminate these two conditions. Early diagnosis and appropriate treatment are important to prevent these injuries from becoming chronic and causing long term training absence. With this case report, the importance of early radiological investigation on discriminative diagnosis of groin injuries and the role of local corticosteroid injection in osteitis pubis were aimed to be discussed.*

**Key words:** Osteitis pubis, groin pain, soccer

---

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

## GİRİŞ

Osteitis pubis simfiz pubisi tutan bir enflamatuvar hastalık olarak bilinmektedir. Klinikte daha çok suprapubik sistotomi ve mesane cerrahisi sonrasında karşımıza çıkmaktadır. Spor hekimliği pratiğinde ise son 20 yıldır daha çok uzun mesafe koşucuları, eskrim sporcuları ve futbolcularda rastlanan bir spor yaralanması olarak yer almıştır (8,13,16). Etiyolojisi kesin olmamakla birlikte, kısa süreli hızlanma, ani durma, yön değiştirme gibi hareket paternlerini içeren spor türlerinde daha sık görülmesi nedeniyle öncelikle tekrarlayan mikrotravma sorumlu tutulmaktadır (1,7). Sporla ilişkili osteitis pubiste, pubik simfizdeki değişiklikler aşırı kullanım zemininde geliştikleri için genelde az ağrılı ve kronik olmaktadır (13).

Osteitis pubisin kliniğe yansımaları genellikle simfiz pubis üzerinde, atletik aktivite sonucu artan ağrı şikayeti ile olmaktadır. Ağrı, karakteristik olarak pubis üzerinde lokalize olup genelde bir tarafta daha fazla hissedilmektedir. Ayrıca kasığa ve uyluk iç yanına doğru yayılım gösterebilir. İleri dönemde abdominal kas spazmları ve ağrıya bağlı yürüyüş anomalileri de gözlenebilir (13).

Os pubisin ve simfiz pubisin addüktör kasların yapışma yeri olmaları nedeniyle klinikte osteitis pubis, addüktör yaralanmaları ile kolaylıkla karıştırılabilmektedir. Bu durumda kasık ağrısına yol açabilecek diğer nedenleri de göz önünde bulundurarak ayırıcı tanıya gidilmesi gerekir. Kasık ağrısının diğer nedenleri arasında inguinal herniler, iliopsoas bursiti, femur boyun ya da pubis kollarının stress fraktürleri, avülsiyon fraktürleri, snapping hip sendromu, sinir basıları, prostatit, Leg-Calve-Perthes hastalığı sayılabilir (3,10,12).

Osteitis pubis tedavisinde öncelikle konservatif yöntemler (istirahat, non-steroid antiinflamatuvar ilaç, elektroterapi, aktivite düzenlemesi, rehabilitatif egzersizler vs.) önerilmektedir. Lokal kortikosteroid uygulamaları ise hala tartışmalıdır. Cerrahi yaklaşım nadiren gerekir ve aşırı ağrısı olan veya pubik instabilite gelişmiş hastalar için düşünülmesi gereken bir seçenek olarak kalmaktadır (4,15).

## OLGU

Son beş yıldır amatör futbol liginde oynayan 21 yaşındaki erkek sporcu kliniğimize sağ kasıkta, uyluk medialine doğru yayılan ve 11 aydır süren ağrı şikayeti ile başvurdu. Şikayetlerinin haftalık antrenman sayısının ve şiddetinin arttığı bir dönemde sağ kasıkta ağrı ile başladığını

ve daha sonra uyluk medialine doğru yayılım gösterdiğini; antrenman sonrasında da devam eder hale geldiğini belirtti. Olguya, adduktor tendinitis tanısı ile ilk dönemde buz uygulaması, non-steroid antiinflamatuvar bir ilaç ve iki hafta süre ile antrenmanlara ara verilmesi şeklinde bir tedavi önerilmişti. İkinci hafta sonunda antrenmanlara başlanmış, ancak ağrının devam etmesine rağmen aktivite düzenlemesine gidilmemişti. Dördüncü ayda yine benzeri bir tedavi planı önerilmiş, ancak sonuç alınamamıştı. Olgu bize müracaat ettiğinde yürümekle artan ağrı şikayeti nedeniyle antrenman yapamaz durumdaydı.

### **Fizik muayene**

İnspeksiyonda herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Palpas-yonda sağ adduktor orijinde hassasiyet mevcuttu. Her iki kalça eklem hareket açıklığı tüm yönlerde tam, ancak sağ uyluk fleksiyonu ve dirençli adduksiyon testi ağrılıydı. Kalça ekstansiyonu, rotasyonları ve abduksiyon germe testlerinde ağrı yoktu. Ağrı sıçrama ve koşu ile artış gösterirken valsalva manevrası, squat ve mekik hareketleriyle ilişkisizdi.

### **Tanısal işlemler**

Çekilen direkt pelvis grafisinde (Resim 1) simfiz pubiste kemik yüzlerde düzensizlik (dantela görünümü) oldukça belirgindi. İleri tetkik olarak yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde (Resim 2 ve 3) pubis eklem aralığında sıvı, kemik yüzlerde düzensizlik ve her iki pubis kolunda sinyal parlaklaşması dikkat çekmekteydi. Adduktor tendinitis ya da strain lehine ise herhangi bir bulgu saptanmadı.



**Resim 1.**



Resim 2.

### Tedavi

Hastaya başlangıç tedavisi olarak ilk on gün boyunca non-steroid antiinflamatuar bir ilaç verildi ve lokal ultrason ( $1.5 \text{ W/cm}^2$ ) uygulandı. Rehabilitasyon egzersizleri olarak kalça aktif ROM, üç yönlü (abduksiyon-fleksiyon-ekstansiyon) düz bacak kaldırma, izometrik kalça adduksiyonu ve sabit bisiklet çalışmasını içeren bir program önerildi. Üçüncü haftadan itibaren kalça fleksör, hamstring, kuadriseps ve adduktor germe egzersizleri ile düz koşu çalışması eklendi ve egzersizler progresif rezistif bir şekilde uygulanmaya başlandı. Dördüncü haftadan itibaren proprioseptif driller de eklendi. Ancak, beşinci hafta içerisinde ağrı şikayeti tekrar ortaya çıkan hasta programa devam edemedi. Bu dönemde üç hafta süre ile hastanın seyahat ve iş durumu nedeniyle rehabilitasyon programında modifikasyon yapılamadı.

Hasta, bu süre sonunda şikayetleri daha da artmış olarak tekrar müracaat ettiğinde, iki haftalık istirahat önerildi. Kontrol muayenesinde şikayetlerin azalmış olduğu saptanınca başlangıç tedavisi ve rehabilitasyon egzersizleri tekrarlandı. Ancak, iki hafta sonra ağrı şikayetleri yeniden alevlenince hastanın onayı alınarak lokal kortikosteroid enjeksiyonu planlandı. Saha temizliği yapıldıktan sonra 1 ml kortikosteroid (3 mg betametazon asetat, 3 mg betametazon disodyum fosfat) ve 2 ml prilokain hidroklorür (% 2) karıştırılarak uygulandı. İkinci ve yedinci günlerde yapılan kontrol muayenelerinde ağrı şikayetinde dramatik bir azalma tespit edildi. Bunun üzerine tedrici olarak antrenmanlara geçiş önerildi. Beş haftalık bir süre sonunda yapılan son kontrolde hasta, ancak

yüksek şiddetli antrenmanların sonrasında önemsiz kabul ettiği hafif bir ağrı hissettiğini bildirdi. Yapılan muayenede de herhangi bir hassasiyet saptanmadı.

## SONUÇ

Günlük uygulamada anamnez ve muayene sonuçlarına göre adduktor strain ya da tendinitis tanısı ile izlenen hastalarda tedaviye yanıt alınmadığı ve durumun kronikleştiği sıklıkla görülmektedir. Özellikle erken dönemde direkt radyografi ve bilgisayarlı tomografide bulgular negatif ya da non-spesifik olabilir. Bu durumda manyetik rezonans uygulamasının ayırıcı tanı açısından daha yararlı olduğu bildirilmektedir (2,15). Sunulan bu olguda radyolojik tetkikler ancak geç dönemde elde edilebildi. Bulgular hem direkt grafide, hem de manyetik rezonans incelemesinde oldukça belirgindi. Erken dönemde ayırıcı tanı yapılabilmiş olsaydı, belki de başlatılacak bir rehabilitasyon programı ve aktivite düzenlemesi ile durum kronik hale dönüşmeyecek, lokal kortikosteroid uygulamasına gerek kalmayacak ve spordan uzak kalış süresi de daha az olacaktır.

Tedavide lokal kortikosteroid enjeksiyonunun hala tartışmalı bir konu olmakla birlikte özellikle konservatif tedaviye dirençli olgularda yarar sağlayabildiği ve temel tedaviye ek olarak rehabilitasyon sürecini hızlandırdığı ifade edilmektedir (4,6,9,14). Bu olguda uyguladığımız lokal kortikosteroid şikayetlerde belirgin azalmaya yol açtı ve tedrici bir şekilde spora dönüşü sağladı. Ancak bu tip klinik uygulamalarla her zaman yarar sağlamak mümkün olmamaktadır. Bununla birlikte uygun hasta seçimi, komplikasyon riskini azaltıcı bir yaklaşım ve yakın takip ile lokal kortikosteroid uygulaması bazı dirençli olgularda bir seçenek olarak hala günlük pratikte yerini korumaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Andrews SK, Carek PJ: Osteitis pubis: a diagnosis for the family physician. *J Am Board Fam Pract* **11**: 291-5, 1998.
2. Barile A, Erriquez D, Cacchio A, De Paulis F, Di Cesare E, Masciocchi C: Groin pain in athletes: role of magnetic resonance. *Radiol Med (Torino)* **100**: 216-22, 2000.
3. Ekberg O, Persson NH, Abrahamson PA, Westling NE, Lilja B: Longstanding groin pain in athletes: a multidisciplinary approach. *Sports Med* **6**: 56-61, 1998.
4. Fredberg U: Local corticosteroid injection in sport: review of literature and guidelines for treatment. *Scand J Med Sci Sports* **7**: 131-9, 1997.

5. Grace JN, Sim FH, Shives TC, et al: Wedge resection of the symphysis pubis for the treatment of osteitis pubis. *J Bone Joint Surg (Am)* **71**: 358-64, 1989.
6. Holt MA, Keene JS, Graf BK, Helwig DC: Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. *Am J Sports Med* **23**: 601-6, 1995.
7. Kim TC, Micheli LJ: Hip, spine and pelvis injuries. In: *Team Physician Manual*. 1st ed, Micheli LJ, Ed, Hong Kong, 2001, pp 355-6.
8. Lentz SS: Osteitis pubis: a review. *Obstet Gynecol Surv* **50**: 310-5, 1995.
9. Lynch SA, Renstrom PA: Groin injuries in sport: treatment strategies. *Sports Med* **28**: 137-44, 1999.
10. Morelli V, Smith V: Groin injuries in athletes. *Am Fam Physician* **64**: 1405-14, 2001.
11. Mulhall KJ, McKenna J, Walsh A, McCormack D: Osteitis pubis in professional soccer players: a report of outcome with symphyseal curettage in cases refractory to conservative management. *Clin J Sport Med* **12**: 179-81, 2002.
12. Renstrom PA: Tendon and muscle injuries in the groin area. *Clin Sports Med* **11**: 815-31, 1992.
13. Sanders B, Nemeth WC: Hip and thigh injuries. In: *Athletic Injuries and Rehabilitation*. 1st ed, Zachazewski EJ, Ed, Philadelphia, WB Saunders Company, 1996, pp. 617.
14. Scott WA: Injection techniques and use in the treatment of sports injuries. *Sports Med* **22**: 406-16, 1996.
15. Verrall GM, Slavotinek JP, Fon GT: Incidence of pubic bone marrow oedema in Australian Rules football players: relation to groin pain. *Br J Sports Med* **35**: 28-33, 2001.
16. Vincent C: Osteitis pubis. *J Am Board Fam Pract* **6**: 492-6, 1993.