



HİTİT
ÜNİVERSİTESİ

OLGU SUNUMU

Doç. Dr. Ayla Çağlıyan Türk
Hitit Üniversitesi FTR Anabilim Dalı

OLGU

- 66 yaşında kadın hasta,
- Her iki omuz, boyun, sırt ve bel ağrısı şikayeti ile başvurdu.

ANAMNEZ

- Yaklaşık 2 yıldır olan, son 3 ayda artan mekanik karakterde ağrı tanımlıyordu.

ANAMNEZ

- Konstitusyonel semptomları yoktu.
- Sistemik sorgulamasında cilt hastalığı, göz hastalığı, bağırsak hastalığı yoktu.

ÖZGEÇMİŞ

- DM, HT, Hipotiroidi
- 20 yıl önce tiroidektomi
- Oral antidiyabetik, antihipertansif ve troid replasman tedavisi alıyordu.

MUAYENE BULGULARI

- Servikal ve lomber lordoz düzleşmişti.
- Paravertebral kaslarda spazm mevcuttu.
- Servikal bölgede eklem hareket açıklığı ROM sonu kısıtlıydı.
- MBS: 5 cm

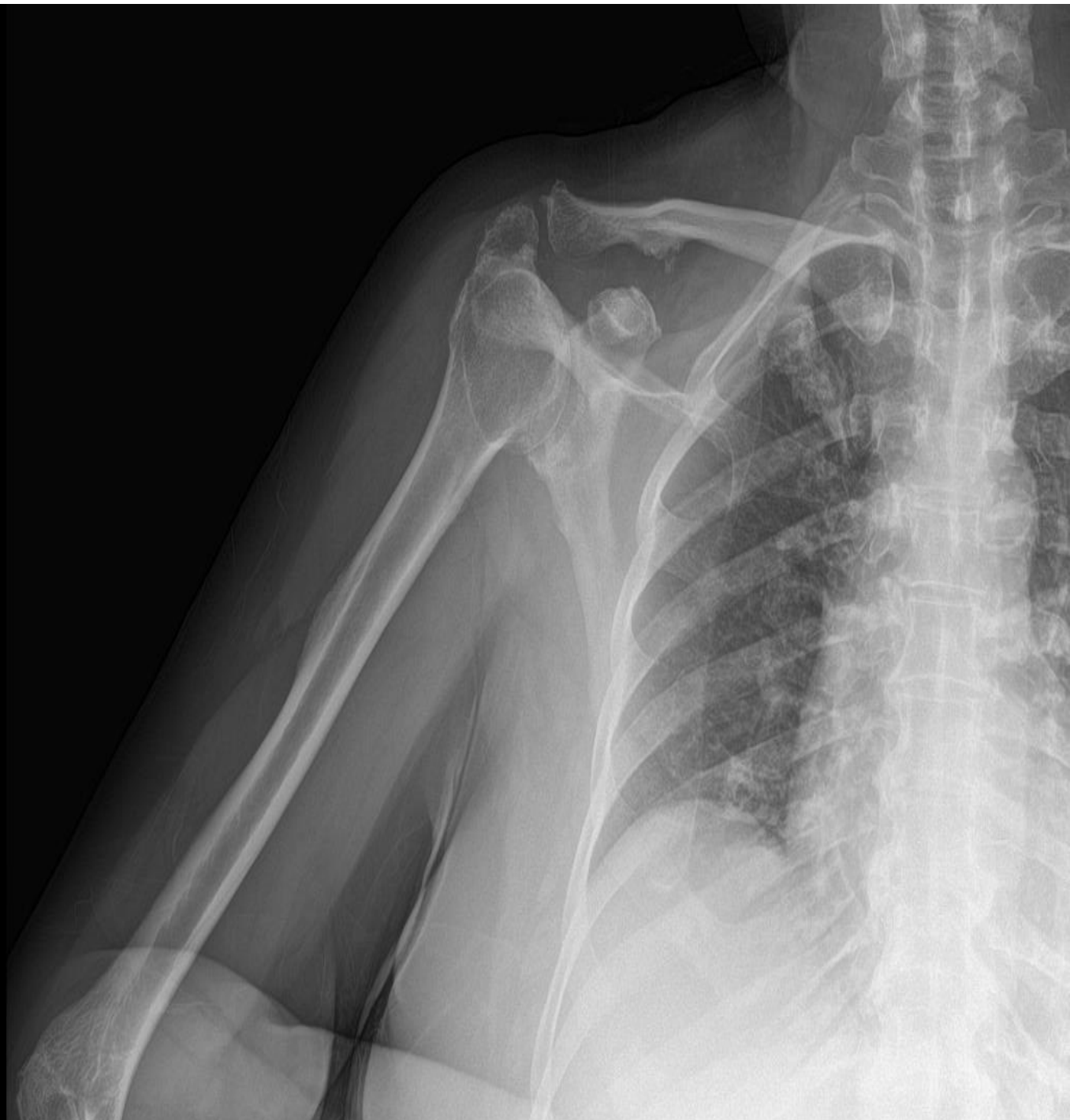
MUAYENE BULGULARI

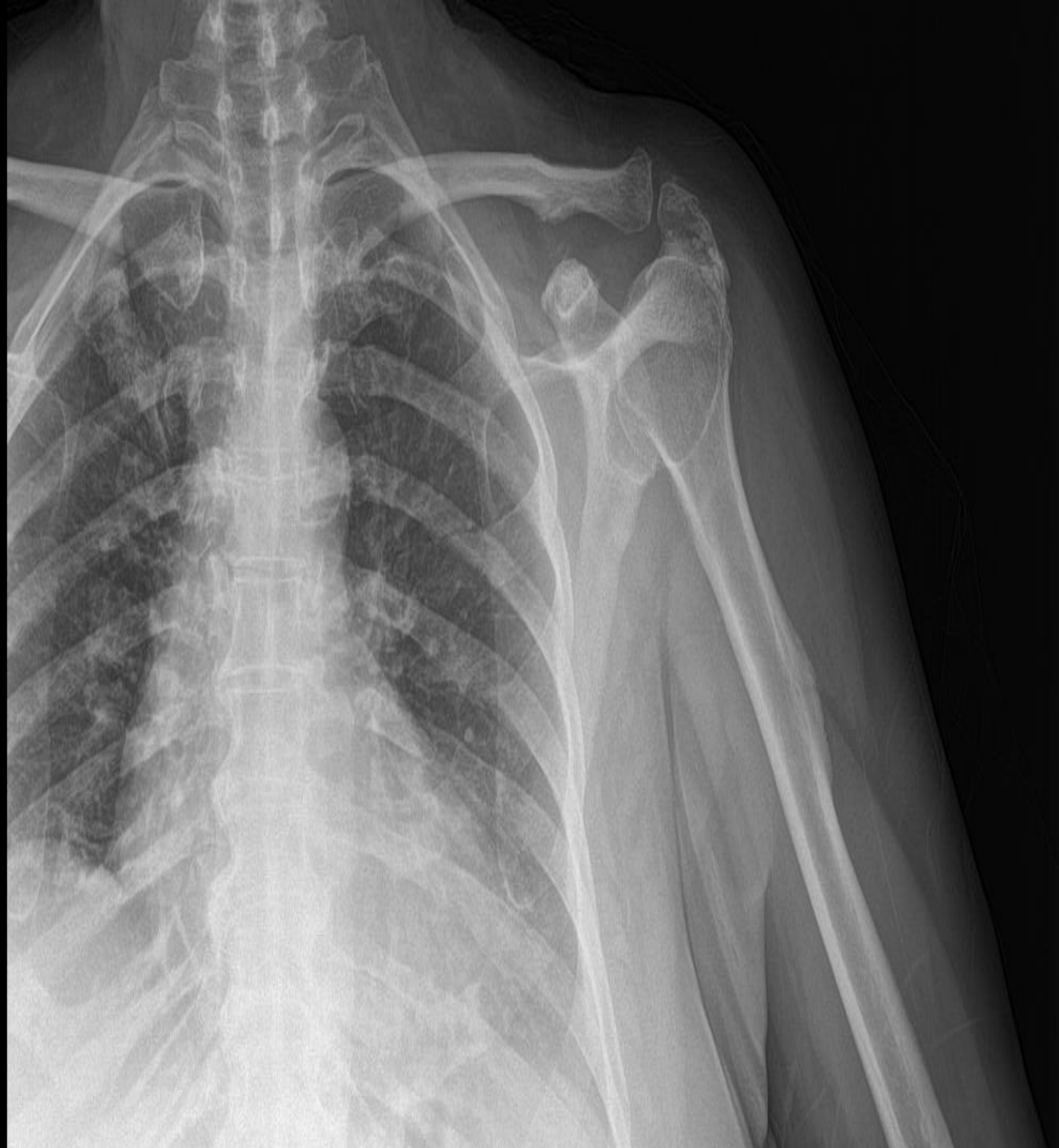
- Bilateral omuzlarda ROM sonu hareket kısıtlılığı ve ağrı var.
- Neer ve Hawkins testleri pozitif.
- Nörolojik muayene normal.

LABORATVUAR

- Rutin biyokimyasal testleri,
- Hemogram,
- Sedimentasyon,
- C-Reaktif Protein normaldi.

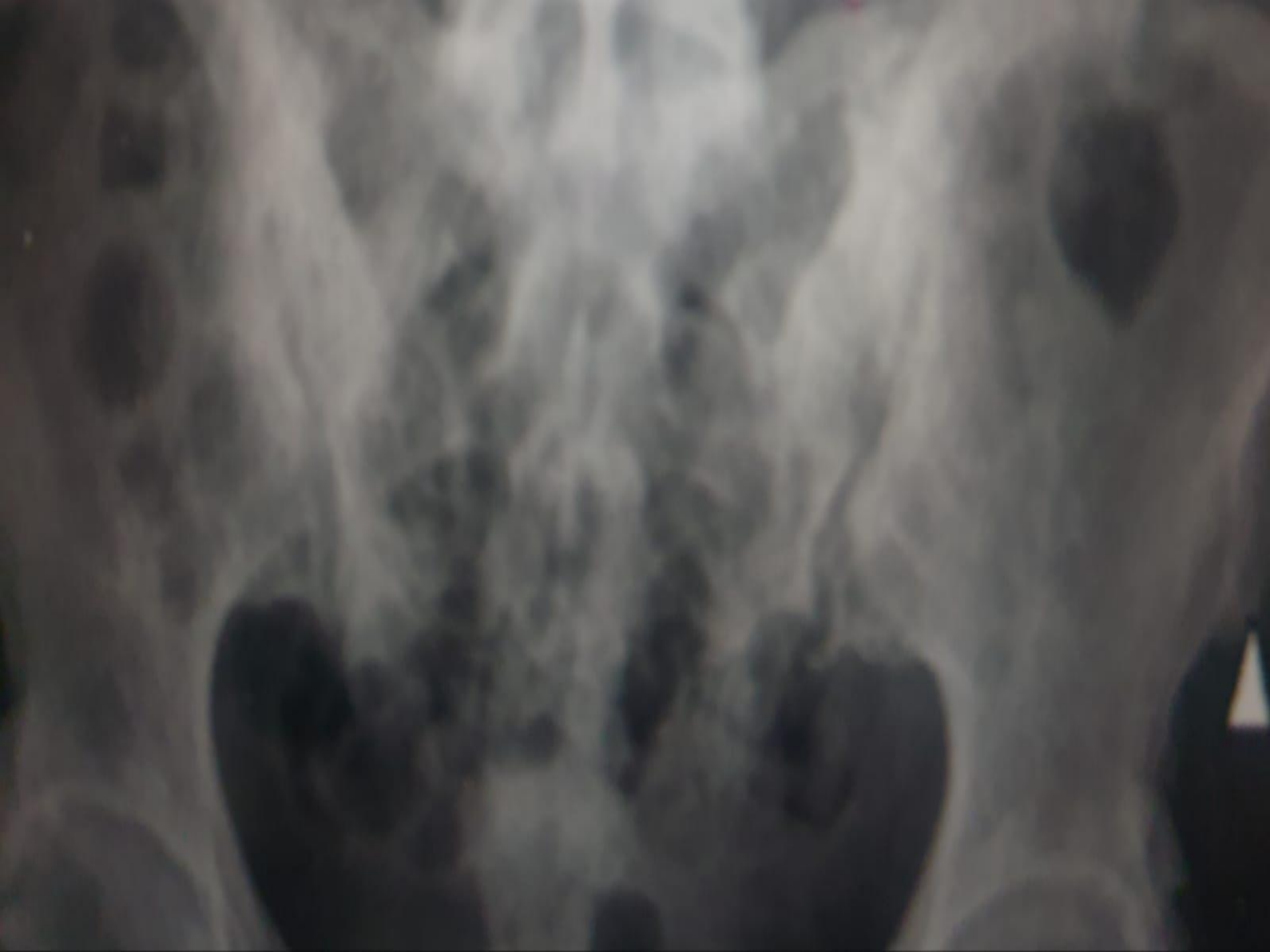






ÖN TANILAR

- Seronegatif spondiloartropati?
- DISH (Diffüz idyopatik iskeletal hiperostoz)?
- Hipoparatroidi?



AYIRICI TANI

- Hipoparatiroidizm; sabah sertliği, bel ve sırt ağrısı yok
 - Hipoparatiroidizmdeki sindesmofit paternleri AS'ye benzer
 - Sindesmofitlerin osteofitlerden ayrımı önemli!
 - Dejeneratif hastalıklardan farkı; disk aralığı korunmuş,
 - Posterior paraspinal ligamentlerin kalsifikasyonu-sakroiliak skleroz
- hipoparatiroidizm lehine**

AYIRICI TANI

- Sakroiliak eklemlerdeki sakroiliit, erozyon ve/veya ankiloz varlığı&HLA-B27 pozitifliği AS
- **Sakroiliak eklemlerdeki skleroza erozyonun eşlik etmemesi hipoparatiroidizmin önemli özelliklerindedir.**
- Literatürde yanlış AS tanısı alıp gereksiz tedavi edilen hipoparatiroidi vakaları bildirilmektedir.

LABORATUVAR

- TSH: 3.84 uU/ml (0.27-4.2)
- sT4: 1.39 ng/dL (0,93-1,7)
- Kalsiyum: 8.46 mg/dL (8,8-10,6)
- Fosfor: 4.93 mg/dL (2,5-4,5)
- PTH: 8.9 pg/mL(15-65)
- Vitamin D: 3.87 ng/mL (20-50)

TANI

- Geçirilmiş troid cerrahisine **sekonder hipoparatroidizm**

HİPOPARATROİDİZM

- Hipoparatiroidizm, vücutta Paratiroid Hormon (PTH) yokluğu ve/veya kemik ve böbrekler gibi hedef organlarda PTH etkisizliğine bağlı olarak gelişen; düşük serum kalsiyum ve PTH düzeyi, hiperfosfatemisi saptanan nadir bir endokrin bozukluktur.

ETYOLOJİ

- **İyatrojenik sebepler**
- Boyun diseksiyonu esnasında oluşan yapısal iskemik hasar
- **Boyun cerrahileri %75**
- Genetik nedenler
- Otoimmün
- İnfiltratif
- HIV
- Konjenital

PREVALANS

- İnsidans ve prevalansı tam tanımlanamamış
- Geçici hipoparatiroidizm insidansı %20 ile %40
- Kalıcı hipoparatiroidizm insidansı %1 ile %15
- Kalıcı hipoparatiroidizm, cerrahiden altı ay sonra bile normokalsemiyi sağlamak için yeterli PTH düzeyinin olmaması

KLİNİK

- Sinsi seyirli
- Epizodik nöromusküler irritabilite semptomları
- Santral ve periferik sinir sistemi, iskelet kasları ve miyokard düşük kalsiyum seviyesinden etkilenmekte

KLİNİK

- PTH; iskeletin yeniden şekillendirilmesi
- Düşük kemik döngüsü
- Kemik yapım ve yıkım belirteçleri birlikte azalmış,
- Kırık riski net değil!
- Artmış kırılabilirlik???
- Yumuşak dokularda ektopik mineralizasyon; hiperfosfatemi

SUBKUTAN KALSİFİKASYONLAR

- Yumuşak doku kalsifikasyonları-Asemptomatik
- Adeziv kapsülit
- Semptomatik kalsifik periartrit
- Ağrılı entezit

NÖROMİYOTONİ

- İstemli kas kontraksiyonu sonrasında **gecikmiş, relaksasyon**
- Hipokalsemi periferik sinir aksonlarında uyarılma eşiğini düşürerek hipereksitasyon
- Latent hipokalsemi varlığı, Chvostek ve Trousseau bulguları
- El ve ayak parmak uçlarında, dudak çevresinde uyuşma ve karıncalanma,
- Kas seğirmeleri, kramplar
- Laringospazm, bronkospazm ve/veya jeneralize epileptik nöbet

MİYOPATİ, RABDOMİYOLİZ

- **Miyopati**, hipokalseminin şiddeti ile ilişkili
- Kas güçsüzlüğü
- Histopatolojik incelemede;
 - * Kaslarda tip 2 lif atrofisi,
 - * Mitokondrilerin perinükleer kümelenmesi,
 - * Fokal miyofibriler dejenerasyon
- Hipokalsemi tedavisi ile hastalarda klinik ve histopatolojik düzelme gözlenmekte

RADYOLOJİ

- Yaygın sindesmofitler
- Ligaman ossifikasyonu (ALL, PLL, interspinoz ve supraspinoz)
- Kalça ve omuz çevresinde hiperostoz

TEDAVİ

- Amaç; hipokalsemi semptomlarını gidermek,
- Serum kalsiyum ve fosfat düzeylerini normal aralıkta tutmak

KONVANSİYONEL TEDAVİ

- Oral kalsiyum tuzları,
- Aktif D vitamini metabolitleri,
- Hiperfosfatemi;
 - Diyet fosfat alımının azaltılması
 - Kalsiyum takviyelerinin artırılması
 - Antifosfat ilaçlar
- Hiperkalsüri durumunda, düşük tuzlu diyetle birlikte tiyazid diüretiği önerilebilir.

rhPTH

- Normokalsemi beklentisi yüksek
- rhPTH günde bir kez uygulama, **yarı ömrü kısa**
- Günde iki kez enjeksiyonlarla daha iyi sonuç
- Geleneksel tedaviden üstünlüğü??
- **İnfüzyon pompasıyla** uygulanan rhPTH(1–34) tedavisine yanıt olarak;

* PTH, kalsiyum ve fosfat düzeylerinin günlük ritmi normal

CERRAHİ TEDAVİ

- Tek küratif yöntem paratiroid naklidir.
- İlk defa 1911 yılında uygulanmıştır.
- Literatürde 500'den fazla paratiroid nakli bildirilmiştir.
- En önemli etken bir donör varlığı!
- Kadavra donör veya KBY'ye bağlı sekonder hiperparatroidi hastaları
- Nakil için immünolojik uyum aranmakta

SONUÇ

- Eklem veya omurga ağrısı ile gelen hastaların radyolojik incelemelerinde yumuşak doku ve paraspinal kalsifikasyonlar saptandığında ayırıcı tanıda hipoparatiroidi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.



TEŞEKKÜR EDERİM...