

# Osgood-Schlatter Hastalığı

Dr. Barış AKCAN\*,  
Dr. Murat ŞAHİN\*

Osgood-Schlatter hastalığı (OSD) aktif, hızla büyüyen adolesanlarda yaygın olarak görülen ve diz ağrısının en sık nedenlerinden biridir. Patellar tendon ve tibial tüberkül apofizinde görülen, genellikle benign bir rahatsızlıktır. OSD tipik olarak büyüme çağındaki kızlarda 8-13 yaş, erkeklerde 10-15 yaş arasında daha sıktır. OSD prevalansı aynı yaşlardaki sporla uğraşan adolesanlarda %21, spor yapmayanlarda %4.5 rapor edilmiştir. Erkeklerde daha sık olarak görülmesine rağmen spor yapan kızlarda da görülme oranı artmaktadır.

OSD, dizden veya diz kapağından kaynaklanan tendonun tibiya tutunduğu yerdeki inflamasyondur (Şekil 1). Adolesanlar özellikle bu alana olan baskıya duyarlıdır, çünkü bu yaşlarda kemikler hızla büyümektedir. Herhangi bir aktivite OSD'ye yol açabilir fakat özellikle sıçrama ve kesme hareketlerinin yapıldığı basketbol, voleybol, futbol, buz pateni, jimnastik gibi sporları yapan gençlerde görülmektedir. %20 vakada her iki dizde etkilenme mevcuttur.

OSD'nin tipik semptomu kemiğin ön tarafında, diz kapağının 2-3 cm altında olan ağrıdır. Özellikle bu durum aylarca sürdüyse, bu bölgede şişlik de olabilir. Semptomlar hafif bir diz ağrısından, spor yaparken devamlı ağrıya kadar dağılan bir aralıkta görülebilir. Ağrı genellikle aktivitede görülür ve istirahatte geçer, hasta tipik olarak akut bir travma öyküsü vermez. Hastalığın ciddiyeti, ağrı süresine göre 3 derecede sınıflandırılır (Tablo 1).

Fizik muayenede tibial tüberkül üzerine lokalize olmuş diz hassasiyeti ve tüberkülün belirginliğinin artması tespit edilebilir. Hastanın diz hareketlerinde kısıtlanma olmaz ve efüzyon, instabilite, menisküs bulguları yoktur.

\* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

**Tablo 1. Gebelikte sigara içiminin geç dönemde ortaya çıkan olası etkileri**

Derece	Özellikler
1	Aktiviteden sonra 24 saat içerisinde kaybolan ağrı
2	Aktive esnasında ve sonrasında, aktiviteyi kısıtlamayan ve 24 saat içerisinde kaybolan ağrı
3	Spor yapmayı ve günlük aktiviteyi kısıtlayan sürekli ağrı

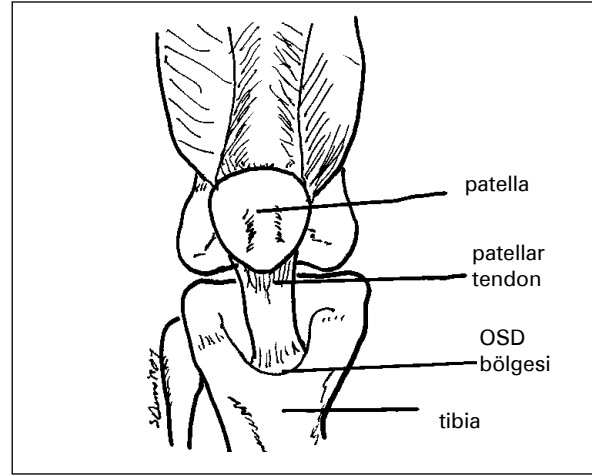
Eğer hikaye ve fizik muayene OSD'yi düşündürüyorsa radyolojik inceleme gerekmez. Radyografiler genellikle normaldir veya tibial tüberkülün düzensiz osifikasyonunu gösterirler fakat bu asemptomatik ergenlerde normal bir varyant da olabilir. Diğer bir olası bulgu distal patellar tendonda kemik yapısı görülmesidir. Radyografilerinde apofiz fragmentasyonu görülen OSD'li hastaların büyük ihtimalle kronik semptomları vardır. Akut ağrısı olan hastalarda tibial tüberkülün avülsiyon kırığını ekarte etmek için radyografi çekilmelidir. Gece veya aktivite ile ilişkisi olmayan ağrısı olan veya tibial tüberküle tam olarak lokalize olmayan hassasiyeti olan hastalarda tümörü, enfeksiyonu veya osteokondritis dissekansı ekarte etmek için mutlaka radyolojik görüntüleme yapılmalıdır. Ultrasonografi veya magnetik rezonans görüntüleme, OSD tanısını doğrulayabilir, fakat genellikle gerek duyulmaz.

Ayırıcı tanıda Sinding-Larsen-Johansson (SLJ) hastalığı, patellofemoral sendrom, osteokondritis dissekans gibi kronik diz ağrısı yapan diğer hastalıklar da düşünülmelidir.

İstirahat aktivitelerin kısıtlanması, dizin hareketleştirilmesi izometrik egzersiz programı ile birleştirilirse faydalı olabilir. Antiinflamatuvar ilaçlar genellikle faydalı değildir. Hastalık 12-24 ay içinde kendi seyri izleyip geçer. Fakat hastalığın bu klinik seyri boyunca hasta ve doktor semptomlarla beraber mücadele etmelidir.

Aktiviteye ara vermek, soğuk veya sıcak uygulamak, esneme egzersizleri acıyı biraz azaltabilir. Egzersizler kemiği, kıkırdağı ve dizdeki tendonları güçlendirebilir ve hastanın ağrıya duyarlılığını azaltabilir. Eğer semptomlar çok ciddi ise hasta dizlik takmalı ve esneklik egzersizleri yapılmalıdır.

Eğer ağrı hafifse spora devam edilebilir. Aktivite öncesi alana sıcak uygulanması veya 15 dakika

**Şekil 1.** OSD'nin geliştiği bölge.

boyunca ılık, nemli kompres yapılması ve/veya aktivite sonrası 20 dakika boyunca buz uygulanması yardımcı olabilir.

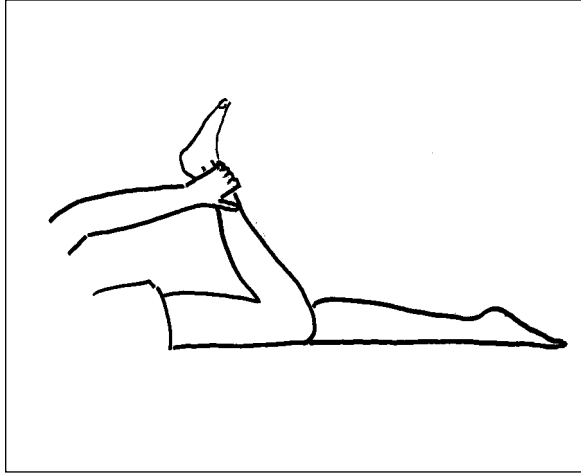
Eğer semptomlar şiddetliyse tedavi, spora bir süre ara vermek veya dizlik ya da koruyucu kullanmaktır. Eğer dizlik veya koruyucuya ihtiyaç duyulmazsa kuadriseps ve hamstring kasları için yapılan esneklik egzersizleri ağrının bir kısmını azaltabilir ve spor yapmaya devamı sağlayabilir. Her bir esneklik hareketi 10 saniye boyunca uygulanmalıdır, her bir bacak için 10 kere ve gün boyunca 2-3 kere tekrarlanmalıdır. Eğer esneklik egzersizleri 7-10 gün boyunca yapılmasına rağmen bir düzelme yoksa veya semptomlar daha kötüye gidiyorsa hasta tekrar değerlendirilmelidir.

### Kuadriseps Esneklik Egzersizi

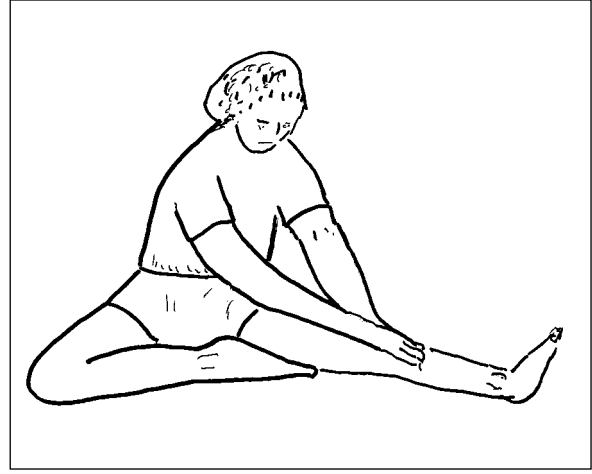
Kuadrisepsi esnetmek için (uyluğun önündeki kaslar), karın üstü yatılmalı ve bir diz kıvrılmalıdır (Şekil 2). Kıvrılan dizle aynı taraftaki eli kullanarak ayak bileğine ulaşılmalıdır. Ayak aşağıya doğru çekilerek eğer mümkün oluyorsa topuk kalçaya değdirilmelidir.

### Hamstring Esneklik Egzersizi

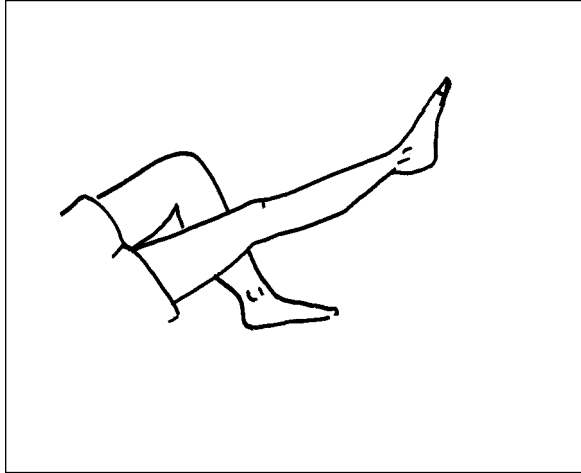
Bir bacak öne doğru uzatılarak oturulmalıdır. Diğer bacak ise şekilde gösterildiği gibi kıvrılmalıdır ve yana yatırılmalıdır (Şekil 3). Bu hareket dizin düz tutulmasını sağlar. Kalçalardan yaylanmaya çalışılmalı ve sırt arkaya doğru çekilmelidir. Uyluğun arkasında bir esneklik hissedilecektir.



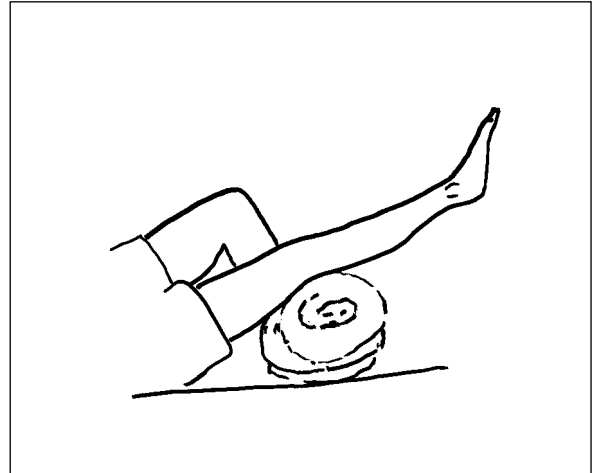
Şekil 2. Kuadriseps esneklik egzersizinin yapılışı.



Şekil 3. Hamstring esneklik egzersizinin yapılışı.



Şekil 4. Düz bacak kaldırma egzersizi.



Şekil 5. Kısa kavis kuadriseps egzersizi.

### İstirahat Sonrası Esneklik Kazanma

Eğer ciddi OSD yüzünden spora bir süre ara verildiyse veya dizlik ya da koruyucu kullanıldıysa daha sonra bacak kaslarını güçlendirmek için egzersizler faydalı olabilir.

Tipik bir rehabilitasyon programı, düz bacak kaldırma, kısa kavis kuadriseps egzersizleri içermektedir. Duvarda kayma egzersizi de faydalıdır. Güçlendirme egzersizlerini yaptıktan sonra, kuadriseps ve hamstring esneklik egzersizleri yapılmalıdır.

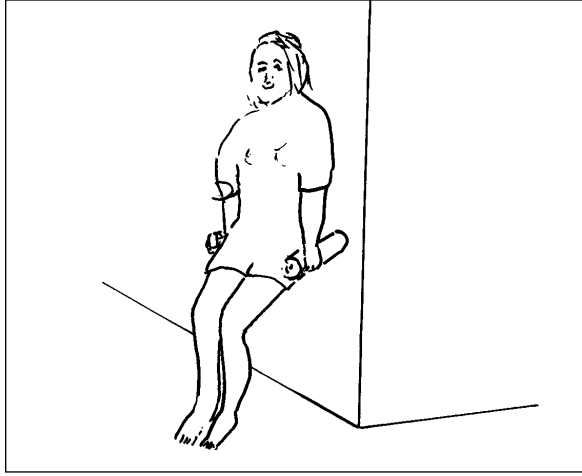
### Düz Bacak Kaldırma Egzersizi

Zemine dirseklerinden destek alarak uzanılır (Şekil 4). Etkilenmeyen diz rahat bir pozisyonda kıvrılır. Etkilenmiş bacağın 10 kez kaldırılabilceği bir bilek

ağırlığı ile egzersize başlanır. Üylük kaslarını çalıştırarak bacak 24-25 cm yukarı kaldırılır, 5 sn boyunca düz tutulur, yavaşça bacak indirilir. Her bir bacak için 10 tekrar ile başlanır ve 15'e artırılır. 15 tekrar yapılabildiği zaman ağırlık artırılır ve 10 kere daha yapılır.

### Kısa Kavis Kuadriseps Egzersizi

Etkilenmemiş diz kıvrılarak sırt üstü uzanılır (Şekil 5). Etkilenmiş diz zeminden 15 cm yükseltmek için altına kıvrılmış havlu veya battanieden oluşan bir destek koyularak yükseltilir. Üylük kaslarını çalıştırarak bacak 24-25 cm yukarı kaldırılır, 5 sn boyunca bu şekilde tutulur, yavaşça bacak indirilir. Her bir bacak için 10 tekrarla başlanır ve 15'e artırılır.



Şekil 6. Duvarda kayma egzersizi.

### Duvarda Kayma Egzersizi

Düz bir duvara yaslanılır (Şekil 6). Her bir ele bir ağırlık alarak ve kollar düz tutularak, dizler kıvrılır ve vücut yavaşça 10-15 cm aşağıya kaydırılır (eğer dizlerde bir ağrı duyulursa yere oturulur). 5 sn durularak, kalkılır. On tekrarlar başlanır 15'e çıkarılır. Zamanla ağırlık artırılır.

### İp Atlama

Eğer hasta bir sporcu ise ve sezon sonu ile sezon başı ip atlama egzersizleri faydalı olabilir. Günde 1 dakika ile başlanmalı ve her gün 10 sn artırılmalıdır. 5 dakikaya kadar çıkarılır. Bu egzersiz kuadriseps kasını yavaşça güçlendirecektir.

### KAYNAKLAR

1. DeFlaviis L, Nessi R, Scaglione P et al. Ultrasonic diagnosis of Osgood-Schlatter and Sinding-Larsen-Johansson diseases of the knee. *Skeletal Radiol*, 1989;18:193-197.
2. Krause BPL, Williams JPR, Catterall A. The Natural history of Osgood-Schlatter's disease. *J Pediatr Orthop*, 1990;10:65.
3. Krause BL, Williams JP, Catterall A. Natural history of Osgood-Schlatter disease. *J Pediatr Orthop*, 1990;10:65-68.
4. Kujala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Schlatter's disease in adolescent athletes: retrospective study of incidence and duration. *Am J Sports Med*, 1985;13:236-24.
5. Micheli L. Pediatric and Adolescent Sports Medicine, in Griffin LY (ed): *Orthopaedic Knowledge Update: Sports Medicine*. Rosemont, IL, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1994, s. 349-360.
6. Nelson Textbook of Pediatrics Osgood-Schlatter Disease 16th Edition, 2076-2077.
7. Robert C, Eric J. Wall, Michael R. Coping with Osgood-Schlatter Disease. *Physician Sportsmedicine*, 1998;26;39.
8. Rosenberg ZS, Kawelblum M, Cheung YY et al. Osgood-Schlatter lesion: fracture or tendinitis? Scintigraphic, CT, and MR imaging features. *Radiology*, 1992;185:853-858.
9. Sandow MJ, Goodfellow JW. The Natural history of Anterior Knee Pain in Adolescents. *J Bone Joint Surg*, 1985;67;36.