

# Birinci Basamakta Osteoartritin Değerlendirilmesi: Tanı ve Tedavi

\*Uz.Dr. Sabah Tüzün, \*\*Yrd. Doç. Serap Çifçili

\*Tercan Devlet Hastanesi, Erzincan

\*\*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

## Özet

Osteoartrit (OA) yaşlılarda ağrı ve disabilite (engellilik) nin en önemli nedenidir. Tanı öykü ve fizik muayeneye dayanarak konmalıdır. Öyküdeki başlıca şikayetler eklemde ağrı, krepitasyon, hareketsizlik sonrası sertlik ve hareket kısıtlılığıdır. Bu nedenle radyolojik bulgular her zaman semptomlar ile orantılı değildir, diz radyografileri genellikle diz ağrısına neden olan diğer nedenleri ekarte etmekte yararlıdır. Tedavinin amacı ağrının kontrol altına alınması, fonksiyonlarda ve sağlık ile ilgili yaşam kalitesinde iyileşmedir. OA yönetimi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavileri birlikte içerir. Farmakolojik tedavi asetaminofen, topikal analjezikler, non-steroid antiinflatuar ilaçlar, opioid analjezikler, intra-artiküler enjeksiyonlar, glukozamin ve kondroitin içerir. Yaşam tarzı değişiklikleri (özellikle egzersiz ve kilo kaybı) OA yönetiminin temel unsurdur. Bu nedenle hasta eğitim programları OA'lı hastaların yönetimlerinin önemli bir parçası olmuştur ve tüm hastaların kendi yönetim programlarına katılmaları teşvik edilmelidir. Uyum OA'da hem egzersiz hem de kilo kaybı için anahtar rol oynar, çünkü diz OA'lı hastalarda yüksek egzersiz uyumu fiziksel fonksiyonlarda daha fazla iyileşme ile ilişkilidir. Öte yandan yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülebilmesi zordur. Ayrıca aile üyeleri davranış değişikliğinin oluşturulmasında ve desteklenmesinde önemli role sahiptirler.

OA birinci basamaktaki disabilite ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan en önemli hastalıklardan biridir ve aile hekimleri hastalarının eğitimleri ve yaşam tarzı değişikliklerini oluşturabilmeleri için danışmanlık hizmeti vermek üzerine daha fazla odaklanmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Yaşam tarzı değişikliği, Tedavi uyumu, danışmanlık, hasta eğitimi, davranış değişikliği

## Management of Osteoarthritis in Primary Care: Diagnosis and Treatment

### Summary

Osteoarthritis (OA) is a major cause of pain and disability in the elderly. The diagnosis should be based on history and physical examination. Main features in the history are joint pain, crepitus, morning stiffness and limitation of movement. Radiographic findings do not always correlate with symptoms thus, knee radiographs are almost only helpful for excluding other causes of knee pain. The goals of treatment include control of pain, improvement of function and quality of life. Management of OA involves both non-

pharmacologic and pharmacologic modes of therapy. Pharmacologic therapy includes acetaminophen, topical analgesics, non-steroidal anti-inflammatory drugs, opioid analgesics, intra-articular injections, glucosamin and chondroitin. Life-style modification (especially exercise and weight reduction) is an essential component of the management. Therefore, patient education programmes have become an important part of the management, and all patients with OA should be encouraged to participate in self-management programs. Adherence is a key predictor of outcome for both exercise and weight reduction in OA because higher exercise adherence is associated with greater improved physical function in patient with knee OA. On the other hand, maintaining life-style modifications is difficult. Certain structured counseling methods have been developed to overcome this difficulty. In addition, other family members have a significant role in motivating and reinforcing behavioural change.

As osteoarthritis is the one of the most common disease in primary care which may cause significant disability and decreased quality of life, family physicians should focus more on patient education and counseling in order to help patients in proper life style changes.

**Key words:** Changing life-style, Adherence of treatment, counseling, patient education, behavioral change.

Osteoartrit (OA) erişkinlerde, tüm dünyada en yaygın eklem hastalığı olması, yaşlılarda en sık fiziksel yetersizlik nedeni olması ve birinci basamak hekimine en sık başvuru nedenlerinden biri olması nedeni ile toplum için önemli bir sağlık sorunudur<sup>1-4</sup> ve 2000 yılında tüm dünyada non-fatal hastalık yükünün en önemli 6. nedenidir.<sup>5</sup> Türkiye'de yapılan bir çalışmada 50 yaş ve üzerindeki kişilerde semptomatik diz OA sıklığı ortalama %14,8 olarak saptanmış, bu oranın kadınlarda %22,5 ve erkeklerde %8 olduğu belirtilmiştir.<sup>6</sup>

OA hastalığının önemli sonuçlarından biri hastaların günlük aktivitelerinin kısıtlanması ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin azalmasıdır. Bu nedenle de OA hastalığı uygun şekilde tedavi edildiği takdirde, gerek ağrı şikayetinde gerileme, gerekse eklem hareket açıklığında (EHA) iyileşme ve sonuç olarak yaşam kalitesinde artış sağlanabilmektedir.<sup>7</sup>

### Patogenez

OA kırıkdayıkımı, osteofit gelişimi, subkondral skleroz ve kist oluşumu ile karakterize kronik dejeneratif bir eklem

hastalığıdır.<sup>8</sup> En sık diz, kalça, el ve omurga eklemlerinde tutulum gözlenmektedir.<sup>9</sup> Diz tutulumu kalçaya oranla daha sık olmakla beraber, yaşlı populasyonun %10-25'inden fazlasında her iki eklemdede tutulum gözlenir.<sup>10,11</sup>

### Risk faktörleri ve korunma

OA hastalığının oluşmasında kadın olmak, ileri yaş (özellikle 50 yaş üzerinde), kuadriseps kasının zayıflığı, immobilité, genetik faktörler ve travma etkilidir.<sup>3,5,10,12</sup> Çevresel risk faktörlerinin en önemli olanı obezitedir. Bir çalışmada vücut kitle indeksi (VKİ) 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzeri olan kişilerde diz OA riskinin 6,8 kat arttığı saptanmıştır. OA gelişiminde eklem üzerine binen yükün sıklığı, miktarından daha etkilidir.<sup>10</sup>

OA hastalığının en önemli 2 değiştirilebilir risk faktörü olan obezite ve kuadriseps kası zayıflığını önlemek hastalığın oluşmasından koruyucudur. Hastaların kilo vermeleri ve kuadriseps kasını güçlendirmek için düzenli egzersiz yapmaları OA gelişimini engelleyebilir.<sup>2,10,13</sup>

### Klinik

En sık semptom bir veya birkaç eklemdede görülen simetrik tarzda oluşan eklem ağrısıdır.<sup>5,9,13,14</sup> Ağrı şikayeti başlangıçta istirahatte düzelerken hastalığın ilerlemesi ile istirahatte de oluşur.<sup>8,10</sup> Sabah tutukluğu, romatoid artrit hastalarında görülen aksine, genellikle 30 dakikadan kısa sürer.<sup>9</sup> Eklemdede krepitasyon geç bir belirtidir.<sup>13</sup> Bunların dışında eklemdede şişlik, deformite, fonksiyon kaybı ve sonunda EHA'da daralma gelişebilir.<sup>5,8</sup>

### Tanı

OA tanısı büyük ölçüde iyi bir anamnez ve fizik muayene ile konulabilir.<sup>13</sup> Semptomlar genellikle non-spesifik olduğundan, rutin kan tetkikleri ve radyolojik tetkikler tanının doğrulanması amacıyla gerekli olabilir.<sup>9,13</sup> OA tanısında kullanılacak spesifik bir laboratuvar testi yoktur.<sup>8</sup> Direkt eklem grafisinde diz OA olan hastaların patellofemoral eklemlerinde ve femorotibial eklemlerinin medial kısmında eklem aralığında daralma sık görülen bir bulgudur.<sup>3</sup> Diz eklem grafisi anteroposterior ve lateral olmak üzere iki ayrı grafi ile değerlendirilmeli ve hasta ayakta dururken, hem ağırlık ile hem de ağırlık olmaksızın çekilmelidir.<sup>15</sup> Radyografide eklem aralığında daralma, subkondral skleroz, psödokist oluşumu ve osteofitler gözlenebilir.<sup>13</sup>

Kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemlerinin bulguları ile hastanın ağrı şikayeti birbiri ile orantılı olmayabilir ve radyolojik bulguların yokluğu OA tanısını ekarte ettirmez.<sup>5,13</sup> Diz OA tanısında kullanılan yöntemlerin sensitivite ve spesifitesi Tablo-4'de gösterilmiştir.<sup>12</sup>

OA tanısı için değişik uzmanlık disiplinleri tarafından düzenlenmiş pek çok kılavuz mevcuttur. Bunlardan en sık kullanılan ve en güvenilirlerinden biri Amerikan Romatoloji Birliği (American College of Rheumatology (ACR) tarafından OA tanısı ve değerlendirmesi için tanımlanan kılavuzdur. Bu kılavuzda "geleneksel" ve "sınıflandırma ağacı" olarak iki tip tanı kriteri vardır.<sup>9</sup> Bu kılavuzda yer alan tanı kriterleri Tablo-2'de özetlenmiştir.

Bununla beraber yapılan çalışmalarda ACR kriterlerinin ileri dönem OA hastalarının tanısını koymakta yararlı olduğu fakat erken dönemdeki hasta grubunda tanıda

**Tablo 1.** OA tanısında kullanılan yöntemlerin sensitivite ve spesifitesi

Birlikte Kullanılan Yöntem	Sensitivite (%)	Spesifite (%)
Klinik ve laboratuvar yöntemler	92	75
Klinik ve radyolojik yöntemler	91	86
Sadece klinik yöntemler	95	69

**Tablo 2.** ACR kılavuzunda OA tanı kriterleri

Geleneksel tip sınıflama	Sınıflandırma ağacı tip sınıflama
Diz ağrısı ile beraber radyolojik olarak saptanan osteofitler ve aşağıdakilerin en az biri: a- Hastanın yaşının 50 yaş ve üzeri olması b- Sabah tutukluğunun 30 dakikadan kısa sürmesi c- Hareket esnasında krepitasyon	Diz ağrısı ve radyolojik olarak saptanan osteofitler veya 40 yaş ve üzeri hastalarda diz ağrısı, 30 dakikadan uzun süren sabah tutukluğu ve hareket esnasında krepitasyon

yardımcı olmadığı gösterilmiştir.<sup>16</sup>

OA hastalarının takiplerinde Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC), SF-36 ve Lequesne İndeks gibi ölçekler kullanılabilir.<sup>10</sup> WOMAC ölçeğinin hastaların takiplerinde diğer ölçeklere oranla daha sensitif olduğu saptanmıştır.<sup>14</sup> WOMAC tanıdan daha ziyade tedavinin etkinliğinin gösterilmesinde kullanılır ve hastaların skorlarının yüksekliği ile fonksiyonel kapasitelerindeki kısıtlanma doğru orantılıdır.<sup>17</sup>

### Tedavi

Hastalığın tedavisinde esas amaç, ağrıyı ve tutulan eklemlerdeki hareket kısıtlılığını azaltmak, böylece hastanın yaşam kalitesini artırmaktır.<sup>5,10,13</sup> İdeal tedavi protokolünde non-farmakolojik tedavi, farmakolojik tedavi ile birlikte düzenlenmelidir.<sup>10</sup>

OA tedavisinde kullanılan tedaviler:<sup>10,11,13</sup>

- 1- Non-farmakolojik tedavi
  - a- Kilo verilmesi
  - b- Egzersiz
- 2- Farmakolojik tedavi
  - a- Analjezikler
  - b- IA enjeksiyon tedavileri
- 3- Cerrahi tedavi

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi OA tedavisinde de temel unsurlardan biri hastaların hastalıkları ile ilgili eğitilmeleridir.<sup>11,13,18</sup> Hastaların eğitimlerinde multidisipliner bir yaklaşım ile bireysel veya 6-10 kişiden oluşan küçük grup danışmanlıkları, yazılı ve basılı materyaller, video görüntüleri, telefon görüşmeleri, internet üzerinden ve toplumsal eğitimlerin kullanılmasının faydalı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>2,9,10,18</sup>

**Tablo 3. MOVE konsesusu önerileri**

- 1- Hem kas güçlendirici egzersizlerin hem de aerobik egzersizlerin hastaların ağrı şikayetinde azalma, fonksiyonel kapasitelerinde ve sağlık durumunda iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Bu egzersizlerin kontrendike olduğu durumların sayısı çok azdır. Bu hastalarda genel (aerobik) ve lokal (kas güçlendirici) egzersizlerin her ikisi de önerilmektedir.
- 2- Hastalarda egzersiz tedavileri bireyselleştirilmeli ve hasta merkezli olmalıdır.
- 3- Egzersiz programlarının etkili olabilmesi için fiziksel aktivitede artış ile beraber, yaşam tarzı değişiklikleri de önerilmelidir.
- 4- Grup egzersizi ve evde yapılan egzersiz programları eşit etkinliktedir, bu nedenle hastaların tercihleri ön planda tutulmalıdır.
- 5- Egzersize uyum bu hastaların uzun dönem sonuçları için çok önemlidir.
- 6- İyileşme ve uyumu devam ettirmek amaçlı stratejiler benimsenmelidir (Ör: Uzun dönem takip, eşleri ve aileyi egzersize dahil etme).
- 7- Egzersizlerin etkinliği radyolojik bulguların varlığından bağımsızdır.
- 8- Egzersiz programları kas gücünde ve propriosepsiyonda artış ile diz ve kalça OA'nın ilerlemesinde azalma sağlayabilir.

### 1-Kilo verilmesi

Obezitenin özellikle kadınlarda OA gelişimi ve progresyonu için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmekle beraber yapılan bir çalışmada diz OA'lı obez hastaların yarısından azına kilo vermelerine yönelik önerilerde bulunduğu saptanmıştır.<sup>19,20</sup> Diz OA olan aşırı kilolu hastalarla yapılan küçük çalışmalarda düşük düzeyde kilo kaybının (<5 kg) kısa ve uzun dönemde OA semptomlarının gelişimini belirgin olarak azalttığı gösterilmiştir.<sup>18</sup>

### 2- Egzersiz

#### Osteoartrit hastalığında egzersizin önemi:

OA hastalarının en önemli yakınmalarından biri olan ağrı şikayeti üzerine egzersiz tedavisinin farmakolojik tedavi ile benzer yararının olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Diz OA'lı hastalara kuadriseps kasının düzenli egzersiz programları ile güçlendirilmesi ve hastaların düzenli olarak egzersizlerini yapmaları önerilmektedir.<sup>21</sup> Bu amaçla hastaların tedavisindeki EHA'yı artırmak amacı ile güçlendirme, germe ve aerobik egzersizler uygulanabilir.<sup>18</sup> Ayrıca hastalara yürüyüş (3-5 gün/hafta, 30-60 dakika), yüzme gibi aerobik egzersizler de önerilebilir.<sup>3,12</sup> Yapılan çalışmalarda önerilen egzersiz tiplerinin hastaların ağrı ve yeti yitimi şikayetleri üzerine birbirine üstünlüğünün olmadığı saptanmıştır.<sup>18,19</sup> Egzersizlerin hareket kısıtlılığı üzerindeki etkisinin özellikle 6. aydan itibaren belirgin olarak ortaya çıktığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.<sup>22</sup>

Bu hastalarda aerobik egzersizlerin EHA'da artış ile beraber depresyon ve anksiyete bozukluklarında azalma sağladığını gösteren araştırmalar mevcuttur.<sup>22</sup> Bazı çalışmalarda kuadriseps kasını güçlendirmek amacıyla düzenlenmiş egzersiz programlarının, diz OA'sı nedeni ile oluşan hasarı artırdığını ifade edilmektedir, fakat bu önermeyi doğrulayan yeterli kanıt yoktur.<sup>19</sup> MOVE konsensusunda da diz ve kalça OA'lı hastalara egzersiz önerilerinde bulunmaktadır. Bu konsensusdaki öneriler Tablo-3'de özetlenmiştir.<sup>19, 23</sup>

Yapılan çalışmalarda, OA hastalarının egzersiz programlarına düşük uyum gösterdikleri ve bu nedenle de tedaviden istenen sonuçların alınmadığı saptanmıştır.<sup>19,24,25</sup> Egzersiz ve hayat tarzı değişikliklerinin OA tedavisinde bu kadar önemli yer tutmasından dolayı, hastaların egzersiz programlarına uyumlarının artırılması önemli bir unsurdur.<sup>25</sup> Hastaların egzersiz uyumlarını artırmak amacıyla sağlık çalışanlarına yapabilecekleri bazı önlemler önerilmektedir.<sup>19,20,24,25</sup> Bu önlemler:

- 1- Hasta eğitimi
- 2- Hastaların yakın aralıklarla takip edilmesi
- 3- Hastaların kendi takiplerini yapması ve bu amaçla günlük tutmaları
- 4- Bir sağlık personeli tarafından telefon veya e-posta yoluyla takip edilmeleri
- 5- Aile ve arkadaşlarının sosyal desteğinin sağlanması
- 6- Egzersiz programlarının hafif egzersizden orta düzey egzersizlere ilerletilmesi
- 7- Psikolojik destek sağlanması

Hastaların takibi iki şekilde olabilir: Kendi kendine takip ve profesyonel sağlık görevlisi ile temas halindeki takip. Kendi kendine takipte hastanın ne tip ve ne sıklıkla egzersiz yaptığını kaydetmesinin egzersiz programlarına uyum sıklığında artış sağladığı bilinmektedir.<sup>19</sup>

Yapılan birkaç çalışmada hastaların sağlık personeli tarafından telefon ile aranmasının evde yapılan egzersiz programlarına uyumu artırdığı saptanmıştır. Bununla beraber sağlık personeli tarafından yapılan takip protokollerine alternatif olarak aile ve arkadaş desteği sağlanabilir. Aile ve arkadaş desteği sağlanan hastaların egzersiz programlarına uyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Egzersizin yoğunluğu ile egzersize uyumun ilişkisini araştıran çalışmalarda yoğun düzeyde egzersiz (5-7 defa/hafta, yürüyüş) yapan bireylerin uyumunun, orta düzeyde (3-4 defa/hafta, yürüyüş) egzersiz yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmış olmakla beraber bunun aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Başka bir randomize kontrollü çalışmada aşırı kilolu kadınlarda, kısa süreli çeşitli egzersizleri (10 dakika süren) yapanların, tek başına uzun süreli aerobik egzersiz yapanlara oranla, egzersiz programlarına daha yüksek oranda uyum gösterdiği saptanmıştır.<sup>19</sup>

Hastaların egzersiz tedavisine uyumsuzluk nedenleri arasında hastaların ve sağlık çalışanlarının ihmali de mevcuttur. Diz OA'sında egzersiz programları tedavinin önemli bir parçası olmakla beraber, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlerin farmakolojik tedavileri sık kullanırken egzersiz önerilerine gerektiği kadar yer vermediklerini bildiren çalışmalar vardır.<sup>26</sup> Ayrıca bir çalışmada hekimlerin hastaların diz ağrısı şikayetlerini önemsemedikleri saptanmıştır.<sup>27,28</sup>

#### Egzersiz çeşitleri

Diz OA'lı hastalara kuadriseps kasını güçlendirmeye yönelik egzersiz programları önerirken başlangıç döneminde izometrik egzersizler, daha ileri dönemde ise izotonik ve izokinetik egzersizler önerilmelidir. İzometrik egzersizler, izotonik egzersizlere göre eklem üzerinde daha az mekanik strese yol açarlar. İzometrik egzersizler kas atrofisi gelişimini önler, kas tonusunu artırır, statik

güçlenme ve eklem yük taşıma aktivitesinin artırılmasını sağlarlar.<sup>29</sup>

### Tedavide davranış değişikliği

Kronik bir hastalık olan osteoartritin tedavisinde cerrahi ve ilaç dışı tedavilerin, kısaca yaşam tarzı değişikliklerinin önemli bir yeri olmasına rağmen bu değişikliklerin oluşturulması yönünde yeterli başarının gösterilemediği gözlenmektedir.<sup>19,24,30</sup>

Diz OA'lı hastalarda egzersiz programlarına uyum ve kilo verilmesi tedavide önemli rol oynamakla beraber yetişkinlerde davranış değişikliği oluşturmak birçok güçlük içerir ve kişilerin yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirmesi her zaman kolay değildir.<sup>30</sup> Tüm kronik hastalıkların tedavisinde hastaların davranış değişikliği geliştirebilmesi için, hastalar hastalıkları ile ilgili eğitilmeli ve tedavinin hedeflerini iyi anlamaları sağlanmalıdır.<sup>19,24,20</sup> İyi düzenlenmiş bir hasta eğitim programında davranış değiştirmeye yönelik eğitimlere mutlaka yer verilmelidir.<sup>19,24,25</sup> Başarılı bir davranış değişikliği yapabilmek için en önemli unsurlardan biri, hastanın davranış değişikliği için istekli olmasıdır. Bu amaçla davranış değişikliğini oluşturmak üzere spesifik yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan biri Prochaska Modeli'dir.

Bu modelde davranış değişikliğinin oluşturulması beş aşamadan oluşmaktadır.<sup>24,30</sup> Bu aşamalar:

1- Değişimin düşünülmeyen dönem: Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili olarak hiçbir düşüncelerinin olmadığı dönemdir. Bu hastalara değişimin gerekliliği anlatılmalıdır.

2- Düşünme dönemi: Hastaların değişikliği düşünmeye başladıkları dönemdir. Bu dönemdeki hastalara tavsiyelerde bulunularak, engel oluşturan problemlerin çözümüne yardımcı olunmalı ve yeni davranış modelinin "küçük denemesi" yapılmalıdır.

3- Hazırlık dönemi: Hastaların yakın zamanda değişikliği yapmayı düşündükleri ve planladıkları dönemdir. Bu dönemdeki hastaların engelleri azaltılarak sosyal destekleri sağlanmalı ve gerçekçi amaçlar belirlenmelidir.

4- Eyleme dönüştürme dönemi: Hastaların yaşam tarzı değişikliklerini uygulamaya başladıkları dönemdir. Bu dönemdeki hastalara değişimin yararlarını hatırlatılmalı ve hastanın mücadele ettiği problemler çözümlenmelidir.

5- Sürdürme dönemi: Hastaların yaşam tarzı değişikliğini sürdürdükleri dönemdir. Hastalar değişimle ilgili desteklenmeli ve problem olabilecek sorunları çözümlenmelidir.

Davranış değişikliği oluşturmada kullanılabilecek diğer bir yöntem Miller ve Rollnick tarafından belirlenmiş, hastaya davranış değişikliği yapılması istenen konu hakkında yöneltilen iki soruluk bir anketten oluşur ve soruların cevapları 0 ile 10 arasında değerlendirilir.<sup>30</sup> Bu sorular:

1- Şu anda bu değişikliği yapmak sizin için ne kadar önemlidir?

(0=önemli değil, 10=çok önemli)

2- Şu anda bu değişikliği yaparsanız, başarılı olabileceğinize emin misiniz?

(0=emin değilim, 10=çok eminim)

Bu sorulardan ilki hastanın yapılması gereken değişikliği ne kadar önemseydiğini, ikincisi ise değişikliği yapabileceğine olan güvenini gösterir. Hasta ile iletişim

kurarken, onları harekete geçirmek için hastaların cevapları kullanılabilir. Örneğin, önem skoru düşük bir hastaya "Ne yapılması size bu konunun daha önemli olduğunu düşündürür?" sorusu sorulabilirken, güven skoru düşük bir hastaya "Bu değişikliği yapabilmemiz için ne gibi önlemler alabiliriz?" sorusu sorulabilir. Ayrıca hastaların uyumlarını artırmak için hastanın yaşam tarzı ve tercihleri göz önünde bulundurulmalıdır. Başarılı bir müdahalenin en önemli şartlarından biri de tutarlılıktır. Yapılması gereken yaşam değişiklikleri, gerçeğe dönüştürülebilir, hastaların sağlıkları ile ilgili beklentilerini karşılayabilir ve risk düzeylerinde azalma sağlayabilir olmalıdır.<sup>30</sup>

OA hastalarında davranış değişikliği oluşturabilmek amacıyla hastaların yaşam tarzlarında değişikliğe hazır olup olmadıkları değerlendirilerek hastanın yaşam tarzı değişikliğini yapabilmek ile ilgili hangi evrede olduğu saptandıktan sonra değişimin oluşmasına yardımcı kaynaklar hasta ile birlikte saptanmalıdır. Ayrıca yaşam tarzı değişikliğini oluşturması esnasında karşısına çıkabilecek engeller ile ilgili tartışılmalı ve bu engelleri kaldırabilmek amacıyla hastalara önerilerde bulunulmalıdır. Egzersiz programları tüm hastalar için bireyselleştirilmeli ve hastanın sosyal desteği ve tedaviye uyumunu azaltabilecek engelleri değerlendirilmelidir.<sup>19,24,25,30</sup> Bu amaçla örneğin, gün içinde yoğun olan ve egzersiz programını uygulayamayacağını ifade eden bir katılımcıya egzersizlerini gece yatmadan önce yapması önerilebilir veya egzersizlerini yapmaktan sıkılan hastaların egzersiz programlarındaki egzersizlerin türleri değiştirilebilir. Bununla beraber tüm çabalara rağmen egzersiz programlarına uyum gösteremeyen hastalar, yüreklendirmeye devam edilmeli ve egzersizin öneminin daha net anlaşılması sağlanmalıdır.<sup>30</sup>

### 3- Farmakolojik tedavi:

Hafif ve orta derecede ağrısı olan hastalarda asetaminofen (4 gr/gün'e kadar) ilk oral tedavi seçeneğidir fakat 4 gr/gün'den yüksek dozda kullanıldığında istenmeyen etki olarak hepatotoksisite görülebilir.<sup>1,9</sup> Asetaminofen tedavisine yanıt vermeyen hastalara non steroid antiinflamatuar ilaç (NSAİİ) tedavisi verilmelidir.<sup>1,8</sup> Sistemik tedavileri tolere edemeyen hastalarda topikal tedavi olarak kapsaisin veya lidokain tedavileri kullanılabilir.<sup>8,31</sup>

Orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan, efüzyonlu diz OA'sı olan ve oral analjezik veya NSAİİ tedavisine yanıt vermemiş olan olgular için diğer bir tedavi seçeneği intraartiküler (İA) kortikosteroid enjeksiyonudur.<sup>1,12,31</sup> Ayrıca bu hastalara İA hiyalüronik asit enjeksiyonu da yapılabilir ve bu tedavi İA kortikosteroid tedavisine göre daha geç fakat daha uzun etkinlik gösterir.<sup>1</sup> Son dönemde yapılan çalışmalarda glukozamin tedavisinin ağrı üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle de tedavi amacıyla hastalara glukozamin ve kondroitin verilmesi önerilmektedir; fakat tedavinin ilk 6 ayı içinde yanıt alınmadığı takdirde bu tedavi yöntemleri sonlandırılmalıdır.<sup>10,32</sup> Tedavide önerilen glukozamin dozu 1500 mg/gün, kondroitin dozu 1200 mg/gün'dür.<sup>27,32</sup> Bununla beraber glukozamin tedavisinin uzun dönemde OA progresyonuna etkisi, rutinde kullanılacak doz titrasyonu ve toksik etkileri ile ilgili yeterli veri yoktur. Glukozamin ve kondroitin tedavilerinin etkinliğinin gözlenebilmesi için en az bir ay kullanılmaları

gereklidir. Gerek glukozamin gerekse kondroitin tedavilerinin gastrointestinal yan etkileri NSAİİ'ler ile karşılaştırıldığında çok daha azdır. Son dönemde glukozamin ve kondroitin tedavilerinin kombine olarak verilmesi çok yaygındır.<sup>32,33</sup> Refrakter ağrının tedavisi amacıyla zayıf opioidler kullanılabilir.<sup>18,27</sup>

Sonuç olarak; günümüzde yaşlı populasyonun giderek artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle OA hastalığının önemli bir sağlık sorunu haline geleceği

düşünülmektedir.<sup>10,31</sup> Toplumda bu kadar sık görülen ve önemli işlev kaybına neden olan bu hastalığın birinci basamakta etkin şekilde tedavi edilmesi, hastalığa bağlı işlev kaybını, ikinci ve üçüncü basamağa sevkleri azaltacaktır. Bu bağlamda birinci basamak merkezlerde çalışan hekimlerin osteoartrit tedavisinde yeri kanıtlanmış olan egzersiz eğitimlerini vermeleri ve hasta-hekim karşılaşmasına ayrılan sürede hastalarını yüreklendirmeleri hastaların egzersiz tedavisine uyumlarını artırabilir.<sup>28</sup>

## Kaynaklar

- 1-Barron MC, Rubin BR. Managing Osteoarthritic Knee Pain. J Am Osteopath Assoc 2007;107(Suppl 6):21-27.
- 2-Brand CA. The role of self-management in designing care of people with osteoarthritis of the hip and knee. MJA 2008;189:25-28.
- 3-Leslie M. Knee Osteoarthritis Management Therapies. Pain Management Nursing 2000;1(2):51-57.
- 4-Maurer BT, Stern AG, Kinossian B, Cook KD, Schumacher HR. Osteoarthritis of the knee: Isokinetic quadriceps exercise versus an educational intervention. Arch Phys Med Rehabil 1999;80(10):1293-1299.
- 5-Bijlsma JWW, Knahr K. Strategies for the prevention and management of osteoarthritis of the hip and knee. Best Pract Res Clin Rheumatol 2007;21:1:59-76.
- 6-Kaçar C, Gilgil E, Urhan S, Arıkan V, Dündar U, Öksüz MC, et al. The prevalence of symptomatic knee and distal interphalangeal joint osteoarthritis in the urban population of Antalya, Turkey. Rheumatol Int 2005;25:201-204
- 7-Focht BC, Rejeski J, Ambrosius WT, Katula JA, Messier SP. Exercise, self-efficacy, and mobility performance in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. Arthritis Care&Research 2005;53(5):659-665.
- 8-Hunter DJ. In the clinic osteoarthritis. Annals of Internal Med 2007;147:ITC8-1.
- 9-Manek NJ, Lane NE. Osteoarthritis: Current Concepts in Diagnosis and Management. Am Fam Physician 2000;61:1795-804.
- 10-Uysal FG, Başaran S. Diz Osteoartriti-Eğitim. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009;55: Özel Sayı 1:1-7.
- 11-Doherty M, Dougados M. Evidence-Based Management of Osteoarthritis: Practical Issue Relating to the Data. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15(4):517-525.
- 12-Cote LG. Management of Osteoarthritis. JAANP 2001;13:11:495-501.
- 13-Hinton R, Moody RL, Davis AW, Thomas SF. Osteoarthritis: Diagnosis and Therapeutic Considerations. Am Fam Physician 2002;65:841-848.
- 14-Creamer P. Osteoarthritis pain and its treatment. Curr Opin Rheumatol 2000;12:450-455.
- 15-Calmbach WL, Hutchens M. Evaluation of Patient Presenting with Knee Pain Part II:Differential Diagnosis. Am Fam Physician 2003;68:907-12.
- 16-Peat G, Thomas E, Duncan R, Wood L, Hay E, Croft P. Clinical classification criteria for knee osteoarthritis:performance in the general population and primary care. Ann Rheum Dis 2006;65:1363-1367.
- 17-Fitzgerald GK, Piva SR, Irragang JJ, Bouzubar F, Starz TW. Quadriceps activation failure as a moderator of the relationship between quadriceps strength and physical function in individuals with knee osteoarthritis. Arthritis&Rheumatism (Arthritis Care&Research). 2004;51:1:40-8.
- 18-Grainger R, Cicuttini FM. Medical management of osteoarthritis of the knee and hip joints. MJA 2004;180:232-236.
- 19-Roddy E, Doherty M. Changing life-styles and osteoarthritis:what is the evidence. Best Pract Res Clin Rheumatol 2006;20(1): 81-97.
- 20-Ravaud P, MFlipo R, Boutron I, Roy C, Mahmoudi A, Giraudeau B, Phamassistant T. ARTIST (osteoarthritis intervention standardized) study of standardised consultation versus usual care for patients with osteoarthritis of the knee in primary care in France: pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2009;338:b421.
- 21-Thorstensson CA, Roos EM, Petersson IF, Ek Dahl C. Six-week high-intensity exercise program for middle-aged patients with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. BMC Musculoskeletal Disorders 2005;6:27.
- 22-Van Gool CH, Penninx BWJH, Kempen GJIM, Rejeski WJ, Miller GD, Van Eijk JThM, et al. Effects of exercise adherence on physical function among overweight older adults with knee osteoarthritis. Arthritis Care&Research 2005;53(1):24-32.
- 23-Roddy E, Zhang W, Doherty M, Arden NK, Barlow J, Birrell F, et al. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee-the MOVE consensus. Rheumatology 2005;44:67-73.
- 24-Barlow J. How to use education as an intervention in osteoarthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2001;15:4:545-558.
- 25-Schrieber L, Colley M. Patient Education. Best Pract Res Clin Rheumatol 2004;18:4:465-476.
- 26-Hurley MV. Muscle, exercise and arthritis. Ann Rheum Dis 2002;61:673-675.
- 27-Stone L. Aches, pains and osteoarthritis. Aust Fam Physician 2008;37(11):911-917.
- 28-Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J. Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses. BMC Musculoskeletal Disorders 2006;7:48:1-9.
- 29- Koyuncu H, Karacan İ. Lokomotor Sistem Semiyolojisi, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2000.
- 30- DeGroot CS, Staton EW. Identifying and Changing Health-Risk Behaviors. In "Common Problems in Behavioral Health". (eds) DeGruy FV, Dickinson WP, Staton EW, Weiss BD. NY, USA, The McGraw-Hill Companies. 2002;177-185.
- 31- Walker-Bone K, Javaid K, Arden N, Cooper C. Medical management of osteoarthritis. BMJ 2000;321:936-940.
- 32- Morelli V, Naquin C, Weaver V. Alternative Therapies for Traditional Disease States: Osteoarthritis. Am Fam Physician 2003;67:339-344.
- 33- J Narvy S, C Vangness Jr T. Critical appraisal of the role of glucosamine and chondroitin in the management of steoarthritis of the knee. Nutrition and Dietary Supplements 2010;2:13-25.