

Topuk Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Haglund Sendromu

A Rare Cause of Heel Pain: Haglund's Syndrome

Ümit DÜNDAR, Hasan PUSAK, Vural KAVUNCU
Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye

Özet

Topuk arkasındaki ağrının bir çok farklı nedeni olabilir; aşil tendon insersiyon tendiniti, kalkaneus periostiti, bursit ve Haglund egzostozu. Haglund sendromu veya Haglund hastalığı kalkaneusun dorsal ve lateral kısmının ağrılı kemik belirginliği ile karakterizedir. Klinik semptomları arasında kalkaneusun kranial ve lateral kısmında şişlik, bazen aşil tendona basıya bağlı ağrı ve aktif veya pasif dorsal ve plantar fleksiyon hareketlerinde ağrı yer alır. Burada posterior topuk ağrısı olan ve Haglund sendromu tanısı alan bir hasta sunulmuştur. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:33-5.*

Anahtar Kelimeler: Topuk ağrısı, Haglund Sendromu

Summary

Pain in the posterior area of the heel may have different causes such as, insertion tendinitis of the achilles tendon, periostitis of calcaneus, bursitis and a Haglund exostosis. Haglund's syndrome, or Haglund's disease, is characterized by a painful bony prominence of the dorsal and lateral part of the calcaneus. Clinical symptoms are swelling in the cranial and lateral part of the calcaneus, sometimes pain on pressure on the achilles tendon and pain on active or passive dorsal and plantar flexion movement. A patient is presented here with posterior heel pain and diagnosed as Haglund's syndrome. *Turk J Phys Med Rehab 2008;54:33-5.*

Key Words: Heel pain, Haglund's Syndrome

Giriş

Topuk ağrısı fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniklerinde sık rastlanılan ayak patolojilerinden biridir. Topuk ağrısının nedenleri arasında; kalkaneus periostiti (1), plantar fasit (2-4), seronegatif spondiloartropatilere bağlı aşil tendiniti (5), topuğun stres fraktürleri (6,7), topuk yağ yastığı atrofisi (8), tuzak nöropatileri (9) ve Haglund Sendromu (10,11) yer alır. Patrick Haglund (12) kalkaneal tüberositasın belirginliğinin neden olduğu basıya bağlı olarak ayak arkasında ağrı oluşmasını bir sendrom olarak tanımladı ve ondan sonra kalkaneusun dorsal ve lateral kısmının belirginliği ile birlikte olan ağrı Haglund Sendromu veya Haglund hastalığı olarak isimlendirildi (13).

Olgu Sunumu

29 yaşında, erkek hasta, memur her iki topuk arkasında ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Öyküsünde topuk ağrısının yaklaşık 8 yıldır mevcut olduğu ve son bir aydır şikayetin arttığını söylüyordu. Özellikle ayakta uzun süre durduğunda ve

uzun süre yürümek zorunda kaldığında ağrısı belirginleşiyor, istirahat halinde, oturduğunda yakınması hafifliyordu. Çoğunlukla görevi gereği masa başı işlerde çalışıyordu. Şimdiye kadar bu şikayeti için doktora hiç gitmemişti. Hastanın öyküsünde diğer eklemelerde ağrı ve şişlik yakınması, sabah tutukluğu ve gece ağrısı yoktu. Travma öyküsü vermiyordu.

Hastanın muayenesinde palpasyonla her iki aşil tendonunun kalkaneusa yapışma yerinin arkasında sert bir şişlik ele geliyordu ve bu noktalar hassastı. Fakat inspeksiyonda ve palpasyonda belirgin bir yumuşak doku şişliği, ısı artışı ve renk değişikliği yoktu. Hastanın lokomotor muayenesinde başka bir pozitif bulguya rastlanmadı. Nörolojik muayenesinde bir patoloji saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; eritrosit sedimentasyon hızı: 15mm/saat ve C-reaktif protein; 3 mg/L idi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kalsiyum, fosfor ve alkanen fosfataz ölçümlerini de içeren diğer laboratuvar testleri de normal sınırlarda bulundu. Çekilen ayak grafilerinde her iki kalkaneus üst posterolateral kısmında kemik belirginliği dikkati çekti (Şekil 1 ve 2). Buna karşın sakroiliak ve iki yönlü lumbosakral grafilerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Hastada inflamatuvar tarzda bel ağrısı ve sabah tutukluğunun olmaması, öyküde ve fizik muayenede eklem şişliği ve eklem hareketlerinde kısıtlılık saptanmaması, direkt grafilerde sakroiliiti düşündürülen bulguların yokluğu ve aşil tendonu boyunca ve kalkaneusa yapışma yerinde kalsifikasyon olmaması, aşil tendon inser-siyon civarında lokal ısı artışı saptanmaması ve akut faz reaktan-larının normal sınırlarda olması, ayırıcı tanıda seronegatif spondiloartropatlere bağlı gelişen aşil tendinitinin dışlanmasını sağladı. Topuk altında ağrı ve hassasiyetin olmaması, direkt grafide kalkaneusta epin görülmemesi, duyu muayenesinin ve motor muayenesinin normal olması, hastanın parestezi tariflememesi, bilateral anterior tarsal tünel tinel bulgusunun olmaması, topuk yağ yastıkçığının palpasyonla normal olması, direkt grafide her iki kalkaneus üst posterolateral kısmında kemik belir-ginliği dışında bulgu olmaması ile topuk ağrısının diğer nedenleri dışlanarak Haglund Sendromu tanısı konuldu.

Hastaya ağrı ve inflamasyonu baskılamak için steroid olmayan anti-inflamuvur ilaç (SOAİ) başlandı. Aşil tendonu germe egzer-sizi verildi. Hastaya kemik çıkıntının basısının azaltılması için arka kısmı yumuşak malzemeden yapılmış veya arka kısmı olmayan



Şekil 1. Sağ lateral ayak grafisi; kalkaneus üst posterolateral kısmında kemik belirginliği.



Şekil 2. Sol lateral ayak grafisi; kalkaneus üst posterolateral kısmında kemik belirginliği.

ayakkabı kullanması önerildi. Epin yastığı önerilerek, topuğun yükseltilmesi ve kalkaneusun yürüme sırasında rahatlaması hedeflendi. Hasta bir ay sonra kontrole geldiğinde şikayetlerinin belirgin olarak gerilediği görüldü.

Tartışma

Topuk günlük yaşamda fiziksel bir dayanak noktası görevi yapan ve insan gelişiminde önemli yeri olan bir vücut parçasıdır. Uygurlik sonucu gelişen yaşam şartları ve ayakkabı değişimlerinden en fazla etkilenen vücut kısımlarından biri topuktur. Eski çağların zor koşullarındaki çıplak topuğun günümüz dünyasının şartlarında ve korumasında bile hala ağırlı olabildiği anatomik yapıdaki özelliğinden dolayıdır (14-16).

Topuk ağrısı yaşamın hemen her döneminde oldukça sık karşılaşılan, ancak tanı ve tedavisi hala sorun olmaya devam eden bir klinik durumdur. Başlangıçta hastalar tarafından ciddiye alınmaz ve kronik bir hal aldıktan sonra hekime başvurulur. Bazen de hekimin sorunu küçümsemesi, gelişigüzel düzenlenmiş tedavilerden hastanın yarar görmemesi ya da uygun tedavi önerilerine hastanın yeterince uymaması sonucu sorun kronik bir yakınma olarak devam eder. Sonuçtan mutlu olmayan hasta genellikle hekimini değiştirir. Yeni hekim ya tedavi basamağının en başına döner ya da kronikleşmiş bu durumun çözümü için çoğu yazar tarafından kabul edilen 6-12 aylık konservatif tedavi sınırı (9) aşıldığından, gerekmediği halde cerrahi tedavi önerir (17).

Topuk arkasındaki en önemli referans noktası posterior kalkaneal tüberositadır. Süperior ucuna aşil tendonu yapışmaktadır. Aşil ile bu kemik çıkıntı arasında retrokalkaneal bursa bulunur. Cilt ile aşil arasında da yine subkutaneal bir bursa yer alır. Yüzeyel aşil bursiti, retrokalkaneal bursit, Haglund sendromu, aşil tendiniti posterior topuk ağrısı yapabilir. Kalkaneusun bu bölgedeki posterosüperior tüberositasına Haglund proçesi de denir. Özellikle dorsifleksiyonda bu bursa aşil ile kemik arasında bir tampon rolü oynar. Aşil kalkaneusun 2/3 inferioruna yapışır ve plantardan fasya olarak devam eder. Retrokalkaneal bursit; kalkaneus ve aşil tendonunun arasındaki bursanın enflamasyonudur. Sıklıkla dorsifleksiyonda irrite olan bu bursanın aşırı kullanılmasına bağlı bir hastalığıdır. Haglund topuk adını alan ve kalkaneal süperior proçesin büyümesiyle karakterize bir tablo oluşabilir. İlk olarak 1928'de Haglund tarafından sert ve alçak topuklu ayakkabı ile golf oynayanlarda "kültürlü insan topuğu" olarak tarif edilmiştir. Kadın/erkek oranı 20/1'e dek çıkmaktadır. Haglund sendromu olan hastalarda sıklıkla kronik retrokalkaneal bursit olaya eşlik eder. Patolojik incelemede posterosüperior kalkaneal proçesin büyüdüğü ve sklerotik olduğu görülür (14,15,16,18).

Bizim hastamızda uzun süreli topuk arkasında ağrı yakınması vardı. Muayenesinde; palpasyonda kalkaneus posteriorunda bilateral belirgin kemik çıkıntısı ele geliyordu. Fakat akut bir retrokalkaneal bursiti düşündürülen yumuşak doku şişliği, ısı artışı yoktu. Hastamızda muhtemelen tekrarlayan retrokalkaneal bursit atakları sonucunda kalkaneal tüberosita büyümüş ve kemikteki egzostoz sonucunda, direkt grafide belirgin olarak görülen Haglund topuğunu oluşturmuştu. Topuk arkasında ağrı yakınması olan hastalarda ayırıcı tanıda ilk düşünülmesi gereken patoloji seronegatif spondiloartropatlere bağlı aşil tendinitidir. Fakat seronegatif spondiloartropatlere sıklıkla olaya inflamatuvar tarzda bel ağrısı ve sabah tutukluğu eşlik eder. Sakroiliit, alt ekstremitelerin büyük eklemlerinde asimetrik oligoartrit, radyolojik olarak aşil tendonu boyunca ve kalkaneusa yapışma yerinde kalsifikasyon, entesopati ve laboratuvarında akut faz reaktanlarında yükseklik görülmesi, beklenen diğer bulgulardır.

Topuk arkasında ağrı yakınması olan kişilerde sakroiliak ve lumbosakral grafiler çekilmeli ve radyolojik olarak sakroiliitin varlığı araştırılmalıdır. Bizim hastamızda bu bulguların olmaması ayırıcı tanıda seronegatif spondiloartropatilere bağlı aşıl tendinitini dışlamamızı sağlamıştır.

Haglund sendromunun konservatif tedavisinde SOAİ'lar, fizik tedavi uygulamaları, kortikosteroid enjeksiyonu, aşıl tendonu germe egzersizleri, soğuk uygulamaları, gece splintleri, topuk yükseltilmesi ve arka kısmı yumuşak malzemeden yapılmış veya arka kısmı olmayan ayakkabı kullanılması önerilmektedir. Bununla birlikte, çoğu hastada topuk ağrısının tekrarlama oranı yüksektir. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda, aşıl tendonunun yapışma yerine kadar uzanan kalkaneusun kraniolateral parçası cerrahi olarak çıkarılabilir. Fakat kalkaneal egzostozun cerrahi olarak çıkarılması her zaman yeterli sonuç vermeyebilir (11,13).

Sonuç olarak topuk arkasında ağrı yakınması olan hastalarda Haglund sendromu ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken patolojilerden biridir. Konservatif tedaviler ve ayakkabı modifikasyonu ile çoğu hastanın yakınmaları azaltılabilir.

Kaynaklar

1. Boaxing C, Zumou L. Drifting of the os calcis in persistent painful heel. Clin Med J 1981;94:288-93.
2. Barrett SL, Day SV. Endoscopic plantar fasciotomy: two portal endoscopic surgical technique, clinical results of 65 procedures. J Foot Ankle Surg 1993;32:248-55.
3. Duvries HL. Heel spur (calcaneal spur). Arch Surg 1957;74:536-42.
4. Mizel MS, Marymount JV, Trepman E. Treatment of plantar fasciitis with a night splint and shoe modification consisting of a steel shank and anterior rocker bottom. Foot Ankle Int 1996;17:732-35.
5. Tinel J. The sign of "tingling" in lesions of the peripheral nerves. Arch Neurol 1971; 24:574-78.
6. Self TC, Kunz RE, Young G. Transverse plantar incision for heel spur surgery. J Am Podiatr Med Assoc 1993;83:259-64.
7. Smith SD, Smith SB, Young-Paden B, Ellis W. Fatigue perturbation of the os calcis. J Foot Ankle Surg 1994;33:402-10.
8. Rome K. Mechanical properties of the heel pad: current theory and review of the literature. Foot 1998;8:179-85.
9. Baxter DE, Thigpen CM. Heel pain-operative results. Foot Ankle 1984;5:16-25.
10. Lesic A, Bumbasirevic M. Disorders of the Achilles tendon. Current Orthopaedics 2004;18:63-75.
11. Santini S, Rebecato A, Roberto S, Nogarin L. Percutaneous Drilling for Chronic Heel Pain. J Foot Ankle Surg 2003;42:296-301.
12. Haglund P. Beitrag zur Klinik der Achilles tendon. Zeitschr Orthop Chir 1928;49:49-58.
13. Schunck J, Jerosch J. Operative treatment of Haglund's syndrome. Basics, indications, procedures, surgical techniques, results and problems. Foot and Ankle Surg 2005;11:123-30.
14. Toğrul E. Topuk ağrısı. Galenos Tıp Dergisi 1999;33:32-6.
15. Bateman JE. The Adult Heel. In: Jahss MH, editor. Disorders of the Foot. WB Saunders Co, 1982. p. 764-75.
16. Jahss MH. Disorders of the foot and ankle, medical and surgical management, 2nd edition. WB Saunders Co; 1992. p. 1372-1416.
17. Ürgüden M, Demirdağ D, Özdemir H, Özenci AM, Aydın AT. Ağrılı topukta hasta ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesi. Acta Orthop Traumatol Turc 2001;35:299-304.
18. Heneghan MA, Pavlov H. The Haglund painful heel syndrome: Experimental investigation of cause and therapeutic implications. Clin Ortop 1984;228-34.