

OLGU SUNUMU: AMATÖR BİR FUTBOLCUDA KASIK AĞRISI

Cem ÇETİN*, Ufuk ŞEKİR*, Yavuz YILDIZ*, Taner AYDIN*,
Tunç Alp KALYON*

ÖZET

Kronik kasık ağrısı, kuvvetli şut atma hareketinin biyomekaniği nedeniyle; abdomen kasları, kalça fleksörleri ve adduktörlerinin tekrarlayan stres altında kalmaları sonucu futbolcularda sıklıkla karşılaşılan bir problemdir. Kasık ağrısı en fazla buradaki kas-tendon yapılarının strainleri neticesinde gözlenmektedir. Futbolcularda adduktor kaslarda miyozitis ossifikans gelişimi kasık bölgesinin kronik ağrılarının ender rastlanan bir nedenidir. Literatürde, kasık bölgesinde iliopsoas kasına ilişkin iki olgu dışında, sporcularda adduktor kasların miyozitis ossifikansı ile ilgili olgu bildirilmemiştir. Bu olgu sunumu ile spor hekiminin kronik kasık ağrısı ile başvuran sporculara tanısal yaklaşımında direkt radyografinin önemi vurgulanmış ve kronik kasık ağrılarının ayrırcı tanısı için adduktor kaslarda miyozitis ossifikans gelişimi gözlenebileceği hatırlatılmak istenmiştir.

Anahtar sözcükler: Miyozitis ossifikans, adduktor kas, futbol

SUMMARY

CASE REPORT: GROIN PAIN IN AN AMATEUR FOOTBALL PLAYER

Chronic groin pain is a frequent injury in football players due to the biomechanics of the forced kick motion causing the abdomen muscles, groin flexors and adductor muscles to endure recurrent stresses. Groin pain mostly occurs following the strains of these muscles and tendons. Myositis ossificans in adductor muscles is a rare cause of chronic groin pain in football players. No cases about myositis ossificans in adductor muscles of athletes are

* GATA Spor Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

reported in literature except two cases in which the iliopsoas muscle was involved. The aim of this case report is to emphasize the necessity of direct radiography in the diagnostic approach of sports medicine physicians to athletes with chronic groin pain and to remind of the possibility of myositis ossificans development in adductor muscles as a cause of chronic groin pain.

Key words: Myositis ossificans, adductor muscles, football

GİRİŞ

Miyositis ossifikans (MO); travma, cerrahi ya da parapleji gibi hastalıklar sonucu kemik komşuluğundaki yumuşak dokular içerisinde lokalize heterotopik kemik gelişimidir. Sıklıkla, etkilenen kas dokusundaki kontüzyonu takip eden dönemde gelişen hematomun bir komplikasyonu olarak gözlenir. Konunun önemi, kontüzyon travmalarının sporcu ve antrenör tarafından ciddiye alınmayıp ve basit değerlendirilerek, zamanında uygun tedavi ile kolay önlenebilecek bir yaralanmanın, ciddi bir boyuta gelmesinde yatar (9).

MO'nun en sık nedeni travmadır ve daha çok futbol ve basketbol gibi temas sporlarında gözlenmektedir (7). MO gelişiminde, yaralanmadan sonra oyuna devam etmek, yaralanma bölgesine erken masaj uygulamak ve o bölgeye sıcak uygulaması gibi sakınılması gereken bazı risk faktörleri önem taşır. Ayrıca; pasif, zorlayıcı germe egzersizleri, rehabilitasyon sürecinin hızlandırılması, aynı bölgeden tekrar yaralanma, aktiviteye erken dönüş, ektopik kemik oluşumuna doğuştan yatkınlık gibi faktörler de hazırlayıcı rol oynayabilir. Travmaya sık maruz kaldıkları için quadriceps femoris ve biceps brachii kaslarında miyozitis ossifikansın daha sık geliştiği görülmektedir. Radyolojik bulgular yaralanmayı takip eden dört ile altı hafta arasında ortaya çıkar. Yumuşak doku içerisinde kenar dansitesi yüksek olan yumuşak opasiteler gözlenir (2).

Futbolcularda kasık ve pelvis bölgesi yaralanmalarının sıklığı yapılan çeşitli çalışmalarda farklı oranlarda (%0.5-%28) bildirilmiştir (6). Martens ve ark. Belçika'da yaptıkları bir çalışmada adduktor tendinit ve/veya rectus abdominis tendinopatisi nedeniyle tedavi ettikleri 109 sporcudan 95 (%87)'inin futbolcu olduğunu bildirmişlerdir (3).

Kronik kasık ağrısına, kuvvetli şut atma hareketinin biyomekaniği sonucu, abdomen kasları, kalça fleksörleri ve adduktorlerinin tekrarlayan stres altında kalmalarıyla, futbolcularda sık rastlanır. Kasık ağrısı en fazla buradaki kas-tendon yapılarının strainleri neticesinde gözlenmek-

tedir. Bunun dışındaki nedenler arasında femur boynunun ya da pubik ramusun stress kırıkları, avülsiyon fraktürleri, inguinal herniler, osteitis pubis, prostatit, Legg-Calvé-Perthes hastalığı, asetabular labral yırtıklar ve iliopektineal bursit ayırıcı tanı amacıyla sayılabilir (1,5).

OLGU

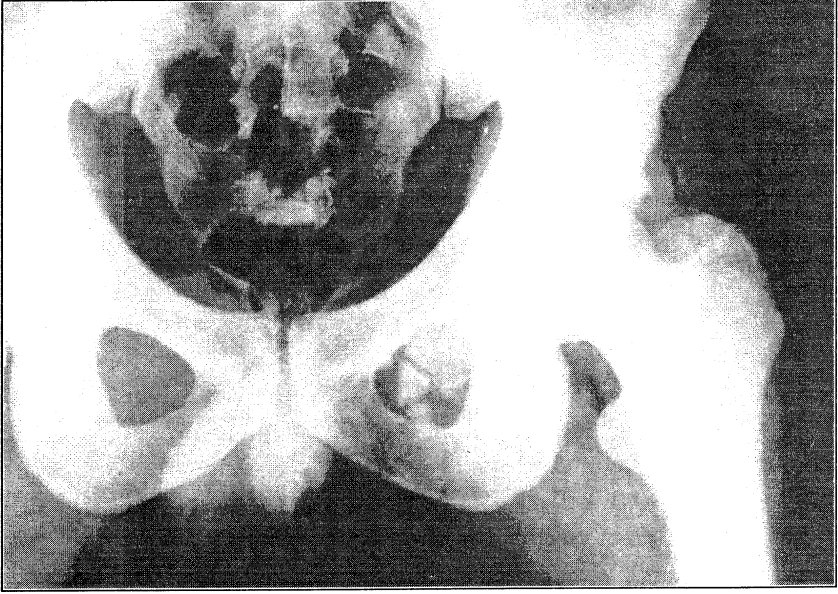
Hasta, 14 yıldır amatör futbol oynayan 29 yaşında erkek sporcudur. Hikayesine göre iki yıl önce bir müsabaka sırasında sol ayağı ile topa uzanma sırasında eksantrik yüklenme sonucu sol kasığında ses ile birlikte şiddetli ağrı hissetmiş. Sol bacağına yük veremediği için oyunu terk etmesi gerekmiş. Erken dönemde yeterli soğutma uygulanmamış ve takım masörü tarafından masajı takiben enjektabl bir diklofenak sodyum preparatı uygulanmış. Herhangi bir fizik tedavi modalitesi uygulanmamış. Hasta iki yıldır zaman zaman sol kasık bölgesinde ağrı hissettiğini, sportif aktivitelerde zorlandığını belirtti.

Fizik muayene

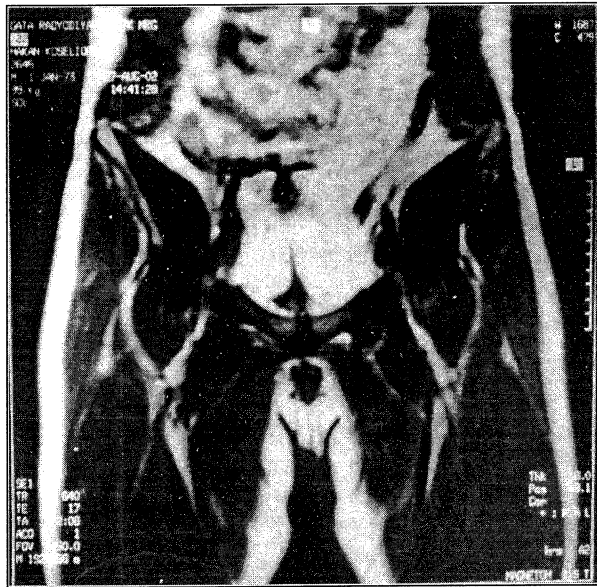
Kasık bölgesinde inspeksiyonla gözlenen bulgusu yoktu. Sol adduktor insersiyon bölgesinde palpasyonda hassasiyet ve sertlik ele gelmekteydi. Sol kalça hareket açıklığı tüm yönlerde tam olmakla birlikte abduksiyonun sonuna doğru ağrı yakınması vardı. Dirençli adduksiyon testi ve adduktor germe ağrılıydı.

Tanısal işlemler

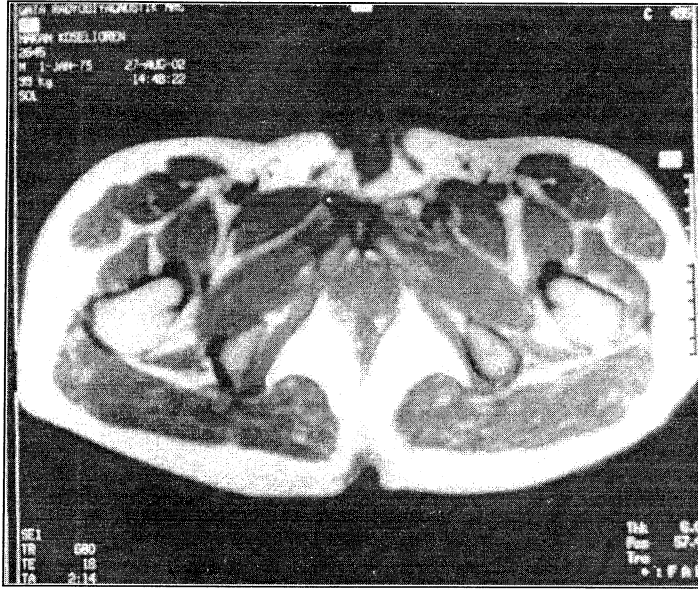
Sporcunun çekilen direkt pelvis radyogramında (Resim 1) sol foramen obturatorium lokalizasyonunda matür kemik fragmantasyonları izlendi. İleri bir inceleme olarak yapılan manyetik rezonans görüntülemesinde (Resim 2 ve 3) bu kemik fragmantasyonlarının sol pubis ramus komşuluğunda, yumuşak doku içinde, korteks ve medullası mevcut bir yapıda oldukları görüldü. Bilgisayarlı tomografi (Resim 4) ile bu oluşumun sol pubis kolu ile bağlantısının olmadığı ve intramüsküler (m. adduktor brevis) bir yerleşimde olduğu da izlendi.



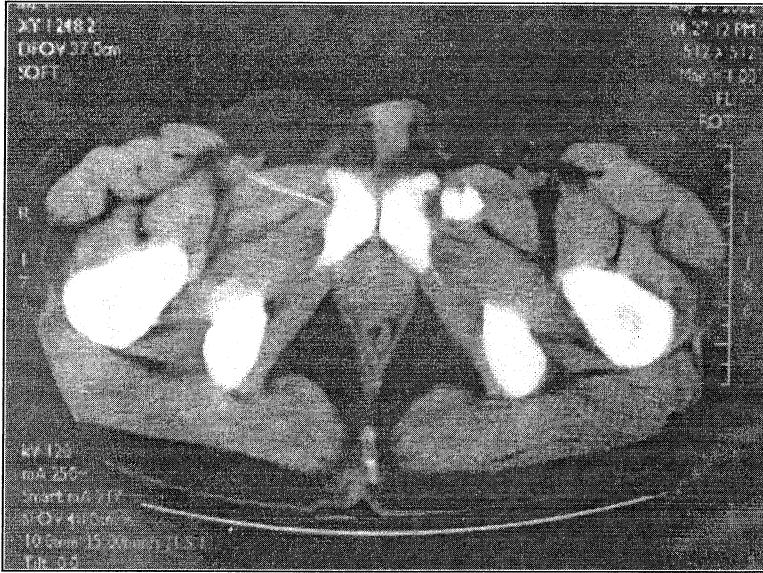
Resim 1.



Resim 2.



Resim 3.



Resim 4.

SONUÇ

Görüntüleme yöntemleri ile izlenen bu yapı, öncelikli olarak periferinin yoğun merkezinin daha radyolusen olması ve kemik yapı ile bağlantısının olmaması nedeniyle, osteosarkom şeklinde değil; yaralanma hikayesi de göz önünde bulundurularak adduktor brevis kası içinde gelişmiş bir ossifikasyon şeklinde yorumlanmıştır. Hastaya tedavi olarak nonsteroid antiinflamatuvar medikasyon, buz uygulama ve adduktor kaslara germe ve kuvvetlendirme egzersizleri önerildi. Ancak literatürde bir yıldan uzun süreli ve semptomatik olgularda cerrahi eksizyon da önerilmektedir (2).

Futbolcularda adduktor kaslarda miyozitis ossifikans gelişimi kasık bölgesinin kronik ağrılarının ender gözlenen bir nedenidir. Literatürde iliopsoas kasında gösterilmiş iki olgu (4,8) dışında sporcularda adduktor kasların miyozitis ossifikansı ile ilgili olguya rastlanılmadı.

Bu olgu sunumu ile kronik kasık ağrısı ile başvuran sporcularda tanısal yaklaşımda direkt radyografinin önemi vurgulanmış ve kronik kasık ağrılarının ayırıcı tanısında adduktor kaslarda miyozitis ossifikans gelişiminin bulunabileceği hatırlatılmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson PA, Westling NE, Lilja B: Longstanding groin pain in athletes: a multidisciplinary approach. *Sports Med* **6**: 56-61, 1998.
2. Fu FH, Stone DA: *Sports Injuries; Mechanisms, Prevention, Treatment*. Philadelphia, Williams&Wilkins, 1994, pp. 758-9.
3. Martens MA, Hansen L, Mulier JC: Adductor tendinitis and musculus abdominis tendinopathy. *Am J Sports Med* **15**: 353-6, 1987.
4. Petropoulos AS, Sferopoulos NK: Post traumatic myositis ossificans of the iliopsoas muscle. Apropos of a case with review of the literature. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* **83**: 747-51, 1997.
5. Renström PA: Tendon and muscle injuries in the groin area. *Clin Sports Med* **11**: 815-31, 1992.
6. Smodlaka V: Groin pain soccer players. *Phys Sportsmed* **8(8)**: 57-61, 1980.
7. Thorndike A: Myositis ossificans traumatica. *J Bone Joint Surg* **22**: 315-23, 1940.
8. Thorseth K: A case of traumatic myositis ossificans in the iliopsoas muscle. *Acta Orthop Scand* **39**: 73-5, 1968.
9. Zachazewski EJ, Magee DJ, Quillen WS: *Athletic Injuries and Rehabilitation*. Philadelphia, WB Saunders Company, 1996, pp. 613-4.