

## **KRONİK AYAK BİLEĞİ AĞRILARININ AYIRICI TANISI**

**Emin TAŞKIRAN\* Turan DURAN\* Cengizhan ÖZGÜRBÜZ\*\* Veli LÖK\***

### **ÖZET**

Kronik ayak bileği ağrıları sporcunun verimini düşüren oldukça sık karşılaşılan bir durumdur ve sıklıkla travmatik kökenlidir. Bu yazının amacı ayak bileği ağrısı ve instabilitesi ile başvuran aktif sportif dört olgunun dört ayrı patolojisinin ayırıcı tanısını ve uygulanan sağaltım yöntemini tanıtmak ve tartışmaktır. Hepsi de bir yıldan fazla zamandır ayak bileği ağrısı yakınması olan dört olgu sırasıyla şu tanıları aldılar: İlk olgu 21 yaşında, lisanslı futbolcu, posttravmatik osteokondritis dissekans; 2. olgu 19 yaşında, lisanslı basketbolcu, sinoviyal kondromatozis; 3. olgu 17 yaşında, rekreasyonel sportif, talus'ta osteoid osteoma; 4. olgu 18 yaşında, rekreasyonel basketbolcu, ayak bileği anterolateral instabilitesi. Ayırıcı tanı için fizik tanı, direkt grafi, MRI ve artroskopi uygulandı. Tüm olguların ayak bileği cerrahi artroskopisi, sağaltımın bir parçası olarak veya kesin tedavi olarak uygulandı. Kanımızca, kronik ayak bileği ağrılarında kesin tanı için MRI ve doğru bir teknikle yapılan ayak bileği artroskopisi ayırıcı tanıyı sağlamada en yetkin yöntemlerdir.

**Anahtar Sözcükler :** Kronik ayak bileği ağrısı, MRI, artroskopisi

---

\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana bilim Dalı

\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı

## SUMMARY

### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHRONIC ANKLE PAIN

*Chronic ankle pain is frequently a cause of lack of performance in athletes. It develops frequently as a result of trauma. The purpose in this report is to present and to discuss the pathologies of four different diagnoses in four active athletes with ankle pain and instability. All of the four athletes were complaining of ankle pain for at least a year. The cases were diagnosed as follows: First case: 21 years old, soccer player, posttraumatic osteochondritis dissecans; 2nd case: 19 years old, basketball player, sinovial chondromatosis; 3rd case: 17 years old, recreational athlete, osteoid osteoma of the talus; 4th case: 18 years old, recreational basketball player, anterolateral ankle instability. Physical examination, MRI and arthroscopy were used for differential diagnosis. Surgical ankle arthroscopy was used as the definitive treatment or as part of it. It is our belief that the best way of diagnosing chronic ankle pain is MRI and ankle arthroscopy done by using a correct technique.*

**Key Words:** *Chronic ankle pain, MRI, arthroscopy*

## GİRİŞ

Ayak bileğinin kronik ağrıları sporcularda sık karşılaşılan bir durumdur. Uzun süren ağrı, instabilite ve güvensizlik hissiyle birlikte olunca sporcunun verimini düşürmekte hatta spordan koparabilmektedir. Kuşkusuz sporculardaki ayak bileği ağrılarının büyük kısmı travmatik; bunun da büyük kısmı ayak bileği burkulmalarına bağlıdır. Özellikle şiddetli ayak bileği burkulmalarının komplikasyonları oldukça sıktır. Bunlar; anterolateral instabilite, peroneal kılıf yırtığı, sinus tarsi sendromu, osteokondritis dissekans ve son yıllarda tanımlanan transvers bağın anterolateral impingementidir (2, 5, 7, 11, 14). Ancak daha az görülen diğer patolojilerden özellikle travma ile üst üste gelenleri olabilir ve bunlar gözden uzak tutulmamalıdır. Bu yazının amacı travmatik olaylardan ayırımı oldukça zor yapılan ve kronik ayak bileği ağrısıyla başvuran iki olgu ile ayak bileği burkulması komplikasyonu olarak değerlendirilen iki olguyu sunmak ve ayırıcı tanıda kullanılan yöntemlerin önemini vurgulamaktır.

**Olgu 1:**

21 yaşında lisanslı futbolcu. Yakınması sol ayak bileği ağrısı ve sık sık yineleyen burkulmalar. 1.5 yıl önce geçirdiği şiddetli burkulma sonucu herhangi bir tespit yapılmadan sağaltıldığını ifade etti. Spora yaralanmadan üç ay sonra başladığını, ancak ağrı ve tekrarlayan burkulmalar nedeniyle aktif spor yaşamına ara verdiğini belirtti. Fizik bakıda ayak bileği antero-lateralinde daha çok talus trokleası üzerinde duyarlılık dışında bulgu yoktu. Radyolojik incelemelerden direkt grafler normaldi. MRI'da Talus trokleasının anterolateralinde fokal nekrotik alan ve çevresinde ödem saptandı. Evre II osteokondritis dissekans olarak değerlendirildi. Olguya ayak bileği artroskopisi önerildi. Ayak bileği artroskopisinde eklem içinde bir adet serbest fragman ve MRI'da lezyonun tanımlandığı bölgeye uyan kısımda grade III-IV kırıldak lezyonu saptandı. Böylece ayak bileği osteokondritis dissekans kesin tanısı konarak serbest fragmanın artroskopik eksizyonu ve kırıldak lezyonunun traşlanması işlemleri yapıldı. Bir yıllık izlem sonunda olgunun instabilite hissi ve yineleyen burkulmalar tamamen kayboldu. Ancak olgu hızlı deparlar ve ani duruşlar sırasında zaman zaman ağrısı olduğunu tanımlamaktaydı. Sonuç olarak olgu futbol yaşantısına döndüğünü ancak yaralanma öncesindeki düzeyini henüz tutturamadığını ifade etti.

**Olgu 2:**

18 yaşında lisanslı basketbol oyuncusu. Yakınmaları güvensizlik, sık sık tekrarlayan ayak bileği burkulmaları ve ağrı idi. Üç yıllık öykü veren olgu basketbol maçı sırasında geçirdiği ayak bileği burkulması sonucu üç hafta herhangi bir tespit uygulanmaksızın dinlenme ile tedavi edildiğini belirtti. Hasta basketbola başladıktan sonra iki ay ve tekrar bir ay aralıklarla iki kez daha burkulma geçirdiğini, ancak bunların ilki kadar şiddetli olmadığını ifade etti. Kliniğimize başvurmadan iki ay öncesine kadar tekrarlayan hafif burkulmalarla ve ağrıyla spor yaşamını sürdürebildiğini belirtti. Fizik bakıda ayak bileğinin anterolateralinde şişlik dışında bulgu saptanamadı. Radyolojik incilemelerden direkt graflerde eklem önünde ossifiye fragmanlar gözlemlendi. Synovial kondromatozis, osteokondritis dissekans ve dejeneratif artrit arasında ayırıcı tanı

yapmak, eklem kıkırdak yüzleri hakkında bilgi sahibi olmak, evrelemeye katkıda bulunmak ve eklem posteriorunda fragman varlığını araştırmak amaçlarıyla MRI çekildi. Synovial kondromatozis olduğu düşünülen olgu ayak bileği artroskopisine alındı. Ayak bileği artroskopisi de MRI'la uyumluydu. 12 adet serbest fragmanın artroskopik eksizyonu ve parsiel sinovektomi uygulandı. Anterolateral, anteromedial ve posterolateral portaller kullanılarak yapılan eklem gözlenmesinde başkaca serbest fragmana rastlanmadı. Histopatolojik olarak tanı kesinleştirildi. Ancak evre II ve III arasında ayırım yapılamadı. Olgunun altı ay sonra yapılan kontrolünde instabilite ve ağrı tam iyileşme saptandı. Yineleyen burkulması bulunmayan olgu eski aktivite düzeyinde spora dönüş yaptı.

#### Olgu 3:

17 yaşında haftada iki-üç kez eğlence düzeyinde futbol oynuyor. Üç yıllık ayak bileği ağrısı ile başvurdu. Fizik bakıda ayak bileğinde yaygın şişlik, anteromedialde lokal hassasiyet saptandı. İnstabilite testleri olumsuzdu. Direkt grafilerde talus boynu ile troklea arasında 0.5-1 cm boyutlarında radyolüsan alan saptandı. Magnetik rezonansla alınan görüntülerde T<sub>1</sub>'de direkt grafilere uyan bölgede talusta yaygın ödeme neden olan fokal hipointens lezyon saptandı. Eklem boşluğunda hafif sıvı gözlenmekteydi. Lezyon talus trokleasıyla boynu arasında yerleştiği için osteokondritis dissekansla osteoid osteoma arasında ayırıcı tanı yapılamadı. Olguya ayak bileği artroskopisi önerildi. Ayak bileği artroskopisinde intrakapsüller yerleşimli, kıkırdak kemik bileşkesinde, MRI'da tanımlanan bölgede, yüzeysel kısmen yumuşak ve hemorajik, 1 cm çapında lezyon saptandı. Osteoid osteoma olduğu düşünülen olguya açık eksizyonel biopsi uygulandı. Osteoid osteoma tanısı histopatolojik olarak doğrulandı. Postoperatif altı aylık izlemde semptomlar ve bulgularda tam düzeime vardı. Olgu sportif uğraşların tamamına katılabilir düzeye gelmişti.

#### 4. Olgu:

18 yaşında haftada 2-3 kez eğlence düzeyinde basketbol sporu yapıyordu. Yakınması ayak bileğinde 1.5 yıldan beri süren ağrı ve güvensizlik hissi idi. Fizik bakıda anterior talofibuler bağ üzerinde lokal hassasiyet ve öne çekmece testi pozitifti. Direkt grafiler normal bulundu. Çekilen stress grafisinde karşı ayağa göre talar tiltde önemli

bir sapma gözlenmedi. Olgudan anterior talofibuler bağ lezyonu ve anterolateral impingement olasılıkları göz önüne alınarak MRI istendi. Ancak üç planlı kesitlere rağmen iyi görüntülenemedi. T<sub>1</sub> kesitlerde anterior talofibuler bağdaki intansite azalması bağın lezyonu lehine yorumlandı. Bunun üzerine olguya ayak bileği artroskopisi uygulandı. Anterolateral köşenin normal olduğu, ancak talofibuler bağın normal gerginliğinin devam etmediği görüldü. Olguya açık teknikle anterior talofibuler bağ rekonsrüksiyonu (Brostrom operasyonu) uygulandı. Dokuz aylık izlem sonunda olgunun yakınmaları tamamen geçmiş; yaralanma öncesi düzeyde spora dönebilmişti.

### TARTIŞMA

Sporcularda ayak bileği ağrılarının nedeni sıklıkla travmatiktir (7, 10, 11). Travma ile üst üste gelen seyrek patolojilerin ayırıcı tanısı benzer semptomlar nedeniyle oldukça zordur. Direkt grafiler ya normal ya da çoğu zaman gözden kaçan nonspesifik değişiklikler gösterebilir. MRI'la kesin tanıya ulaşmak zor olsa da lezyonun lokalizasyonu şaptanabilir ve sınırları çizilebilir. Artroskopi ise lezyonun doğrudan gözlenmesinin yanısıra sağaltım amaçlı da kullanılabilir.

Osteoid osteoma kemiğin neoplastik veya yangısal hastalıkları grubundan kabul edilmektedir (12). Talusta yerleşimi oldukça seyrek (%2-10) olmasına rağmen önemli miktarda ağrı yaratan ve atletik performansı düşüren bir patolojidir (10). Hemen daima tek semptom dinlenme anında da bulunan ağrıdır. Ağrının basit analjeziklere yanıt vermesi beklenen bir oliydir ve tanıda yardımcıdır. Fizik bakıda lezyon intrasinovyal yerleşimliyse sinovite bağlı eklem şişliği gözlenebilir. Direkt grafilerde intraossöz veya subkortikal hatta subperiosteal radyolüsan alan görülebilir (10). Özellikle trokleaya yakın lezyonlarda osteokondritis dissekans'tan ayırıcı tanı yapmak güçtür. MRI'da nidus bölgesi hiperintens gözlenebilir. Çevre dokuda yaygın ödeme bağlı çoğu zaman hipointens bir bölge vardır. Bu osteokondritis dissekanstakinden daha geniş bir alandır. Artroskopide ise tanı daha kolaydır (10). Kesin tanı histopatolojik olarak konur.

Osteokondritis dissekans'ta ise anamnez daha karmaşıktır. Son yıllarda travmaya sekonder gelişen transkondral kırıklar için de aynı adın kullanılması ayırıcı tanıda travmanın varlığı veya yokluğunun

değerini azaltmıştır (11, 14). Ancak sporcularda görülen osteokondritis dissekansların büyük kısmı ağır bir ayak bileği burkulmasından sonra gelişmektedir (14). Olguların başvuru yakınması ağrı ve sık sık tekrarlayan ayak bileği burkulmalarıdır. Burkulmaların nedeni serbest fragmanın eklem arasına kaçışı olarak açıklanabilir. MRI'da eklem yüzlerindeki tutulmayla sinovyal kondromatozisten, anamnez ve artroskopideki görünümüyle de osteoid osteomadan kolayca ayrılabilir.

Ayak bileğinin sinovyal kondromatozisi çok çok seyrek görülen bir patolojidir (3). Anamnez, hastalığın etiolojisinden travma da sorumlu tutulduğundan pek katkı sağlamaz (3, 8, 9). Ancak, hastaların ön plandaki yakınmalarının sık sık tekrarlayan burkulmalar olması ağrının ikinci planda olması belirgindir. Özellikle hastalığın I. evresinde nonspesifik sinovitten ayırım ancak yeterli miktarda alınan sinovyal dokudaki metaplazik kırık odaklarının histopatolojik olarak gösterilmesiyle yapılabilir (8, 13). Evre II' de kalsifiye olmamış kırık odakları ve serbest fragmanların varlığında MRI ayırıcı tanıda çok yardımcıdır. Ayrıca evre II ve III'de eklem yüzlerinin durumunu ortaya koyarak multipl odaklı osteokondritis dissekanstan ayırıcı tanıyı sağlar.

Ayak bileğinin anterolateral veya anterior instabilitesi ayak bileği burkulmalarının en sık rastlanan komplikasyonudur. Lateral bağ kompleksinin (1) tamamen yırtılmasından sonra yetersiz tespit uygulanması veya fizik aktiviteye erken dönüş en önemli nedenidir (4, 5, 6, 7). Ancak izole anterior talofibuler ve kalkaneofibuler bağ yaranlanması olasılığı oldukça yüksektir. Sözü edilen bağ yapılarının bütünlüğünü palpasyonla anlamak zordur. Bu nedenle stress grafleri kullanılmaktadır (4). Ancak bu yöntemle de hangi bağın ne ölçüde yaralandığını ortaya koymak tartışmalıdır. MRI yardımıyla her üç bağın da görüntülenmesi olasıdır. En büyük zorluk bağların klasik vücut düzlemlerine paralel seyretmemeleri, uygun kesitlerin alınamamasıdır. Özel pozisyon verilerek bu güçlüğü yenmek olasıdır. Yorumlamada ise deneyimin katkısı büyük olacaktır.

Sonuç olarak, sporcularda kronik ayak bileği ağrısının en sık nedeni travmatik olmasına rağmen travmatik olduğu kuşku ya da non-travmatik patolojilerin de bulunabileceğini göz önünde tutmak gerekir. Kesin tanı için ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez, MRI ve artroskopi önemli katkı sağlar.

### KAYNAKLAR

1. Burks RT, Morgan J: Anatomy of the lateral ankle ligaments. *Am J Sports Med* 22: 72-7, 1994.
2. Ferkel RD, et al: Arthroscopic treatment of anterolateral impingement of the ankle. *Am J Sports Med* 19: 440-6, 1991.
3. Holm C: Primary synovial chondromatosis of the ankle. *J Bone Joint Surg* 58A: 878-80, 1976.
4. Johannsen A: Radiological diagnosis of lateral ligament lesion of the ankle. *Acta Orthop Scand*: 295-301, 1978.
5. Karlsson J, Andreasson GA: The effect of external ankle support in chronic lateral ankle joint instability. *Am J Sports Med* 20: 257-61, 1992.
6. Lindstrand A, Mortensson W: Anterior instability in the ankle joint following acute lateral sprain. *Acta Radto Diag* 5: 529-39, 1977.
7. Löfvenberg R, Kärrholm J, et al: Chronic lateral instability of the ankle. *Acta Orthop Scand* 60: 34-9, 1989.
8. Milgram JW, Addison R: Synovial osteochondromatosis of the knee. *J Bone Joint Surg* 58A: 264-6, 1976.
9. Milgram JW: Synovial osteochondromatosis. *J Bone Joint Surg* 59A: 792-801, 1977.
10. Panni AS, Maiotti M, Burke J: Osteoid osteoma of the neck of the talus. *Am J Sports Med* 17: 584-8, 1989.
11. Pritsch M, et al: Arthroscopic treatment of osteochondral lesions of the talus. *J Bone Joint Surg* 68A: 862-4, 1986.
12. Shereff MJ, et al: Osteoid osteoma of the foot. *J Bone Joint Surg* 65A : 638-41, 1983.
13. Splitzer T, Ganel A, Engelberg S: Surgery of the synovial osteochondromatosis. *Acta Orthop Scand* 61: 567- 9, 1990.
14. Taga I, Shino K, et al: Articular cartilage lesions in ankles with lateral ligament injury. *Am J Sports Med* 21: 120-7, 1993.