

Bir Olgu Nedeniyle Haglund Deformitesi

HAGLUND DEFORMITY: A CASE REPORT

Ayhan KAMANLI*, İrfan PEKKUTUCU**

* Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR AD,

** Arş.Gör.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, FTR AD, ELAZIĞ

Özet

Haglund deformitesi, bursal projeksiyon olarak da bilinen, kalkaneus'un posterosüperior yüzünün anormal bir çıkıntısı olup, değişik sebeplerle gelişebilmektedir. Bu olgu sunumunda üç yıldır topuklarında ağrı ve şişlik şikayetleri olan 37 yaşındaki seronegatif artritli bir erkek hastayı sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Haglund deformitesi, Seronegatif artrit

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:117-120

Summary

Haglund's deformity is an abnormal prominence of the posterosuperior surface of the calcaneus, also known as the bursal projection, and has been able to be caused by various reasons. In this case report, a 37 year-old male patient with seronegative arthritis, complaining of swelling and pain in his heels, is presented.

Key Words: Haglund's deformity, Seronegative arthritis

T Klin J Med Sci 2001, 21:117-120

Haglund deformitesi, bursal projeksiyon olarak da bilinen kalkaneusun posterosuperior yüzünün anormal bir çıkıntısı olup, ilk kez 1928 yılında Haglund tarafından 20 yaşında aşıl tendonu ile kemik çıkıntı arasında bursiti olan bir bayan hastada tanımlanmıştır. Deformite birçok farklı isimle kaynaklarda geçmekte olup, bunlar arasında pumb bumps, knobbly heels, calcaneus altus, high-grow heels, cucumber heels, square heels, policeman's heels ve winter heels sayılabilir (1).

Adolesan bayanlarda, özellikle de topuğu çepeçevre sıkı ve yüksek topuklu ayakkabıları yeni giymeye başlayanlarda yaygın olarak görülebilmektedir (1). Romatoid artritlilerde de bu patoloji nadir değildir (2).

Retrokalkaneal bursiti gösteren lokal ağrı ve şişlik, aşıl tendonunun arkasında bursal projeksiyonda palpe edilebilir. Hassasiyet, dolgunluk ve

diğer lokal inflamasyon bulgularıyla karakterizedir. Klinik bulgular, hasta ayakta dururken topuklar arka taraftan muayene edildiğinde daha belirgin olmaktadır (1).

Kalkaneusun ölçümlendirilmesinde başlıca iki yöntem kullanılmaktadır. Fowler & Philip yönteminde bursal projeksiyon ile posterior kalkaneal tüberositas arasında çizilen bir doğru ile, medial ve anterior kalkaneal tüberositasları birleştiren ikinci bir çizgi bulunmaktadır. Bu iki çizginin birleştiklerinde topuğun posteriorunda oluşturdukları açı (süperior kalkaneal açı) 75°'yi geçiyorsa patolojik olarak kabul edilir. Bununla birlikte bu açı, kalkaneusun ayak tabanı ile ilişkisini yansıtmaz (1) (Şekil 1).

Cavus deformitesinde kalkaneus daha vertikal olup, bursal projeksiyonu posteriorda daha belirgin yapar. Bu durumda süperior kalkaneal açı ile medial ve anterior kalkaneal tüberositleri birleştiren çizginin vertikal düzlem ile yaptığı açı olan kalkaneal inklinasyon açılarının toplam değeri lateral ayak grafisinde değerlendirilir. Bu açı 90°'yi aşıyorsa patolojik kabul edilir. İkinci yöntem ise paralel çizgiler yöntemi (paralel pitch lines) olup; anterior

Geliş Tarihi: 10.04.2000

Yazışma Adresi: Dr.Ayhan KAMANLI

Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
23119, ELAZIĞ



Şekil 1. Hastanın sağ ayağının lateral radyografisinde Fowler & Philip ve paralel pitch lines yöntemlerine göre açı ölçümleri.

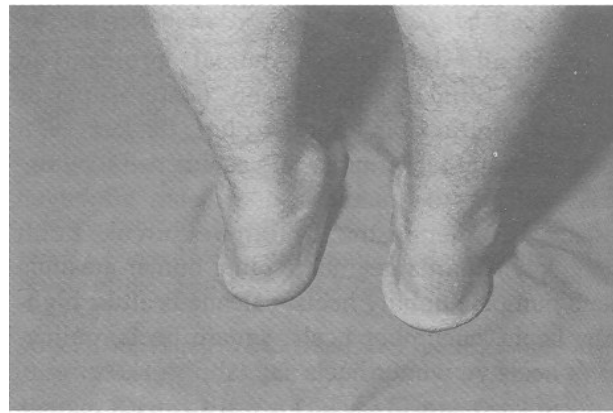
ve medial kalkaneal tüberositleri birleştiren çizgi ile talar eklem posterior ucundan başlayan 90°'lik dik bir çizgiyle birleşen paralel ikinci bir çizgiden oluşmaktadır. Üstteki çizginin üstünde kalan kısım anormal bursal projeksiyondur (1) (Şekil 1).

Bu yazıda Haglund deformitesi olan bir hasta sunulur literatür ışığında tartışılacaktır.

Olgu

Hasta, polikliniğimize başvurduğunda her iki topuğunun arka kısımlarında üç yıldır olan şişlik, ağrı, yürüme bozukluğu ve rahat ayakkabı giyemeden yakınıyordu. Ağrılı dönemlerde çeşitli ağrı kesici ilaçlar kullandığından ve zaman zaman yakınmalarının kalmadığından ancak şişliklerin sürekli olduğundan bahsediyordu. Son iki, üç aydır ağrıları artmış ve ağrı kesici ilaçlara da yeterince cevap vermiyormuş. Hastanın anamnezinde bel ağrıları, sabah tutukluğu ve gece ağrıları yoktu. Göz, cilt ve idrar yolları ile ilgili yakınma tariflemiyordu.

Fizik muayenesinde; üst ekstremitelerle ilgili muayeneleri doğaldı. Lomber fleksiyonu minimal tutuk olup, el-zemin mesafesi 5 cm, occiput-duvar mesafesi 0 cm, göğüs ekspansiyonu ise 4 cm idi. Modifiye Schober testinde 4 cm lomber açılması vardı ve bilateral orta derecede paravertebral kas spazmı mevcuttu. Lomber lordozu normal olarak değerlendirildi. Her iki topuğunun posteriorundaki belirgin şişlikleri palpasyonla ağrılıydı (Şekil 2, 3



Şekil 2,3 ve 4. Hastanın her iki ayağının medialden ve posteriordan görünüşü.

ve 4). İki alt ekstremitenin duyuşal, motor ve refleks muayeneleri doğaldı.

Laboratuar çalışmalarında; C-Reaktif Protein (CRP) üç farklı ölçümde sırasıyla 29, 48 ve 14 mg/l olarak bulundu. Eritrosit sedimantasyonu hızı (ESH) 10, 8 ve 11 mm/h olarak ölçüldü. Ayrıca, diğer laboratuar bulguları normal bulundu. Her iki ayak-bilek grafisinde kalkaneusun posteriorunda anormal bir çıkıntı gözlemlendi. Fowler & Philip meto-

duna göre superior kalkaneal açı 53° , kalkaneal inklinasyon (eğim, pitch) açısı 30° olarak ölçüldü. Paralel pitch lines (paralel eğim çizgileri) çizildiğinde kalkaneusun posterosüperiorunda anormal bursal projeksiyon izlendi (Şekil 1). İki yönlü lumbosakral vertebra ve sakroilyak eklem grafilinde grade II bilateral sakroileit vardı. Her iki ayak topuğu bilgisayarlı tomografi tetkikinde sağda daha belirgin olmak üzere her iki aşil tendonu hipertrofik ve hiperdens görünümde idi. Her iki ayak bileği manyetik rezonans görüntülemesinde; sağ tarafta spring ligament içerisinde yırtık ve periligamentöz effüzyon ile aşil tendonunda parsiyel rüptür, sol tarafta ise kalkaneo-fibular ligament içerisinde fleksör hallusis longus tendonu çevresinde ve aşil tendonu önünde effüzyon izlenmekteydi.

Hastaya yatışını takiben indometazin 25 mg kapsül 4x1/gün, her iki ayak posterior bölgeye hot-pack, tens ve etofenomat jelle fonoforez şeklinde her iki topuk ve aşil tendonu etrafına 1 Watt/cm^2 kesikli ultrasound, eklem hareket açıklığı (EHA) egzersizleri ve yürüme eğitimi uygulandı. Bir haftanın sonunda hastanın ağrıları azaldı ve kısmen yürümesi rahatladı. İkinci haftanın sonunda hastanın ağrıları geçmişti ve hasta rahatlıkla yürüyordu. Hastaya yapılan ortopedi konsültasyonunda cerrahi girişim önerildi ancak hastanın isteğine bırakılarak sakroileitinin takibi açısından izleme alındı.

Tartışma

1928 yılında Haglund tarafından tanımlanan Haglund deformitesi, kaynaklarda farklı isimle geçebilen, kalkaneusun posterosüperior yüzünün anormal bir çıkıntısı olup, klinikte seyrek olmayacak bir şekilde görülebilen bir deformitedir. Genelde palyatif tedavilerle tedavi edilmekte, zaman zaman cerrahi tedavi yapılmaktadır. Pek çok etiyolojik sebeple gelişebilen bu deformitenin iyi bilinmesi doğru tedavinin planlanması için gereklidir. Klasik cerrahi kitaplarda kısa da olsa bahsedilmekte, ancak gerek yerli gerekse yabancı literatürde sık karşılaşılmayan bir deformitedir. Bu olgu sunusuyula bu deformiteye ilgi çekmek istiyoruz.

Haglund deformitesi olan hastalarda aşil tendonunun arkasında bursal projeksiyonda lokal ağrı ve şişlik palpe edilebilir. Klinik bulgular, hasta ayakta dururken topuklar arka taraftan muayene

edildiğinde daha belirgin olmaktadır (1).

Varus topuğu (heel varus) da sıklıkla bu deformite ile birlikte görülür. Çünkü her iki durumda da bursal projeksiyon daha belirgin olarak lateraldedir. Pes cavusta ise kalkaneus sadece varusta değildir ama bursal projeksiyon rölatif olarak posteriora kabarıp olacak şekilde daha vertikal dedir. Ayırıcı tanıda bu bölgede bursit yapabilen gut, romatoid artrit, kalsifik tendinit, osteomyelit ve Reiter sendromu gibi hastalıklar da gözönünde tutulmalıdır. Normalde retrokalkaneal bursada 1-1.5 cc. sıvı bursografi ile gösterilebilmektedir. Cilt ile aşil tendonu arasında ise subkutanöz bursa bulunmakta olup; bu, bursa aşil tendonunu dış basınçlardan korumakta önemli bir görev görmektedir (1).

Tanıda klinik bulguların yanı sıra radyografik değerlendirme önemlidir. Girişte bahsedildiği gibi iki yöntem kullanılmaktadır. Hastamızda Fowler & Philip metoduna göre superior kalkaneal açı 53° , kalkaneal inklinasyon (eğim, pitch) açısı 30° olarak ölçüldü. Paralel pitch lines (paralel eğim çizgileri) çizildiğinde kalkaneusun posterosüperiorunda anormal bursal projeksiyon izlendi (Şekil 1). Ayrıca aşil tendonunda dejenerasyonun yanı sıra şiddetli topuk ağrısı dikkati çekiyordu. Gerçekten paralel eğim çizgileri çizildiğinde anormal bursal projeksiyonun tüm bu tabloya neden olduğu gözlemlendi. Ancak superior kalkaneal açı normal bulundu. Bu nedenle "paralel pitch lines" yönteminin Haglund deformitesini değerlendirmede daha değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Posterior topuk ağrısının yaygın bir nedeni olan bu deformitenin tedavisi sıklıkla nonoperatif yöntemlerden oluşmaktadır. Nonoperatif yöntemlerden yeterince fayda görmeyen dört yıllık bir periyodu kapsayan, 53 hastalık bir çalışmada; medial longitudinal insizyonla posterior kalkaneal tüberositin eksizyonu ve debridmanı ile, aşil tendonunun kemiğe yeniden tutturulması şeklinde operatif tedavi uygulanan vakaların %50'sinde mükemmel, %47'sinde iyi, %3'ünde ise yetersiz sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Nonoperatif tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda, yukarıda bahsedilen teknikle Maryland Foot Skorlamasına göre cerrahi girişimin pratik sonuçlar verdiği rapor edilmiştir (3).

Uzun süreli aşıllodini ve Haglund egzozitozu bulunan hastalarda aşil tendon rüptürü görülebilir

mektedir. Kalkaneal kemik spurun kranial ucu derin tendon rüptürüne yol açabilmektedir. Erken operatif rezeksiyon, aşil tendonunun rüptür riskini de kapsayan mekanik hasarlardan korunmasını sağlamaktadır (4).

Bizim olguda hastanın sakroiletinin grade II olduğu, ancak hastanın asıl klinik olarak entezit kabul ettiğimiz topuklarından yakınmasının daha sık olması ilgi çekicidir. Gerçekten hastanın medikal tedavi sonrasında cerrahi tedaviyi istememesi, diğer bulgularının ılımlı olması hastanın asıl disabilitesinin topuklarından dolayı olduğunu göstermektedir.

Girişte bahsedildiği gibi radyografik değerlendirmede ayağın tüm açılarının dikkate alınması gereklidir. Pes cavusu olan ya da pes planusu olan hastalarda bu durum özellikle dikkate alınmalıdır. Aşil tendonunun vücudun en kalın ve en önemli tendonlarından biri olduğu düşünülerek MRI ile hasarın ne derecede olduğunu anlamaya çalışmak bizce mutlaka gereklidir.

Her hastanın cerrahi tedavi görmesi elbette gerekmemektedir. Ancak aşil tendonunda bir hasar

varsa veya hasar riskinin yüksek olduğu durumlarda bu anormal kemik yapının eksizyonu mutlaka gereklidir. Cerrahi tedavinin deneyimli cerrahlarca çevre dokulara zarar vermeden sonuçlandırılması, postoperatif tedaviyi, özellikle rehabilitasyon programını daha kolaylaştıracaktır.

Risk grubunu oluşturan romatizmal hastalıkları olan hastalar bu yönden dikkatle incelenmeli ve rahat ayakkabı modifikasyonları önerilmelidir. Aynı şekilde riskli kişilere aşili irrite eden topuk tarafı yüksek spor ayakkabılarından kaçınmaları öğütlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Stephens MM. Haglund's deformity and retrocalcaneal bursitis. *Orthop Clin of North America* 1994; 25: 41-6.
2. Sturgill BC, Allen JH. Rheumatoid like nodules presenting as "pump bumps" in a patient without rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1970; 13:175-80.
3. Sammarco GJ, Taylor AL. Operative management of Haglund's deformity in the nonathlete: a retrospective study. *Foot Ankle Int* 1998; 19: 724-9.
4. Porsh M, Hackenbroch MH, König DP. Atypical achilles tendon rupture in haglund exostosis. A case report. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1998; 136:568-70.