

Anterolateral yumuşak doku sıkışması nedenli devamlı ayak bileği ağrısının artroskopik cerrahi tedavisi

Ahmet Turan Aydın⁽¹⁾

Ayak bileği eklemının anteriorunda lokalize hipertrofik sinovya veya tamir dokusunun sıkışmasıyla ortaya çıkan ve sıklıkla ayak bileğinin anterolateral yüzünde lokalize ağrı ile kendini belli eden klinik durum, ayak bileği patolojilerinin önemli bir bölümünü (%30-50) oluşturmaktadır. Klinik, X-Ray ve MRG yöntemleriyle tanının güç ve konservatif tedavinin de genellikle yetersiz kaldığı bu klinik antitede artroskopi tanının doğrulanması ve tedavisinin başarıyla yapılmasında önemli katkıda bulunmuştur. Ocak 1990 ve Aralık 1995 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına başvuran ve klinik olarak Anterolateral Yumuşak Doku sıkışması tanısı alan 28 hasta (18'i Erkek ve 10'u Kadın, Ortalama yaş 29.9 yıl) artroskopik cerrahi ile (lokal sinektomi, debridman, shaving) tedavi edilmiş, ortalama 45 ay (3 ay - 5 yıl) takibi yapılan hastalarda, klinik ve subjektif kriterlere göre yapılan değerlendirmeye 23'ün de (%82) mükemmel-iyi sonuç elde edilmiştir. Eklemde dejeneratif artrit birlikte yaygın sinovitin bulunduğu 5 olguda ise yeterli sonuç elde edilememiştir. İki olguda birinde kullanılan distraktöre bağlı tibia kırığı ve diğerin de ise yüzeysel peroneal sinirin devamlı hasarı şeklinde komplikasyon görülmüş ve tedavi edilmiştir. Bu çalışmanın da gösterdiği gibi, ayak bileğinde anterolateral yumuşak doku sıkışması sonucu ortaya çıkan devamlı ayak bileği ağrısı, artroskopik olarak doğrulanması durumunda, artroskopik cerrahiyle emin ve başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Devamlı ayak bileği ağrısı, yumuşak doku sıkışması, artroskopi, ayak bileği artroskopisi

Arthroscopic treatment of soft tissue impingement of chronic ankle pain

The chronic ankle pain due to hypertrophic synovial thickening and scar tissue anterolaterally constitutes the majority of ankle (30-50%) pathology. Generally it's difficult to diagnose this pathology through clinical examination, X-ray and MRI methods. Besides that conservative treatment has poor response, but ankle arthroscopy can be effective on both diagnosis and treatment. 28 patients (18 men and 10 women) who were diagnosed anterolateral soft tissue impingement had been treated by arthroscopic surgery (local synovectomy, debridement and shaving) between Jan 1990 - Dec 1995 at the University of Akdeniz, Faculty of Medicine, Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology. After 45 months (5 year - 3 months) follow up, the results of 23 patients (82%) proved clinically and subjectively successful. We had poor response in those 5 cases who had severe synovitis and degenerative arthritis. In one of the two cases tibia fracture due to invasive distraction and in the other case complication of permanent damage of superficial peroneal nerve have been observed and successfully treated. We believe that, when chronic ankle pain due to anterolateral soft tissue impingement is examined arthroscopically, it can be effectively and safely treated by operative ankle arthroscopy.

Keywords: Chronic ankle pain, soft tissue impingement, arthroscopy, ankle arthroscopy

Kronik anterior-anterolateral ayakbileği ağrısı ayak bileğinde en sık görülen ağrılı durumdur. Nedenini sıklıkla (%30-50) yumuşak doku (hipertrofik sinovya, tamir dokusu) sıkışması oluşturmaktadır (4). Ancak bu ağrı paterni yumuşak doku sıkışması dışında distal tibiofibuler ve subtalar eklem instabilitesinde, peroneal tendon patolojilerinde, sinus tarsi sendromunda, talar domun kondral ve osteokondral lezyonlarında, dejeneratif artritte snovyal ve osseöz impingement nedeniyle de karşımıza çıkabilir. Ağrının nedeni olarak yumuşak doku patolojisi ilk kez 1950 yılında Wolin ve ark. (11), tarafından tanımlanmıştır. Yazarlar kronik ağrı ve şişlikten yakınan dokuz hastada ayakbileğinin anterolateralinde lokalize "hyalinize bağ dokusu" tabiatında bir yumuşak doku kalınlaşması saptayarak; bu lezyona "meniskoid" lezyon adını

vermişler; bu dokunun eksizyonundan sonra hastaların tümünde semptomların dramatik bir şekilde iyileştiğini gözlemişlerdir. 1982'de Walter (10), benzer nedeni "anterolateral köşe sıkışma sendromu" olarak adlandırarak, tekrarlayan ayak bileği burkulmalarını sorumlu tutmuştur. Bassett ve ark. ise (1990) (1), anteroinferior tibiofibuler ligamentin (AITFL) anatomik variantının da devamlı ayak bileği ağrısı nedeni olabileceğini gösterdiler. Klinik ve radyografik incelemelerle tanı konulmasında zorlanılan yumuşak doku sıkışması nedenli devamlı ayak bileği ağrısında artroskopi tanı ve tedavide önemli kolaylıklar sağlanmıştır. Literatürde artroskopik cerrahi tedaviyle %75-90 arasında değişen başarılı sonuç elde edildiğini görmekteyiz. Bizde bu çalışmalardan cesaret alarak, klinik olarak benzer patolojiyi düşündüğümüz devamlı ayak bileği

Sonuç	Ağrı (istirahat veya aktivitede)	Fizik bulgu	Hastanın değerlendirmesi
Mükemmel iyi	Yok Yok	Normal Duyarlılık yok, hafif şişlik	Normal Büyük oranda iyileşmiş
Orta	Aktivite ile ortaya çıkan minimal ağrı	Minimal veya belirgin duyarlılık, şişlik ve instabilite	Kısmen iyileşmiş
Kötü	İstirahatte ağrı, aktivite ile ortaya çıkan ciddi ağrı	Ciddi şişlik, hareket kısıtlılığı	Değişmemiş veya daha da kötüleşmiş

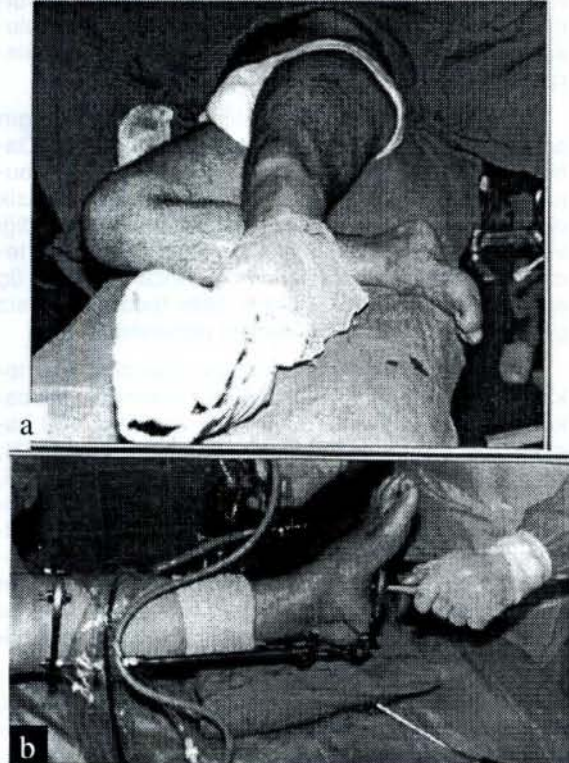
Tablo 1. Sonuçların değerlendirme seması

* Meslin ve ark. Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle. AM. J Sports Med, 15: 255-257, 1987.

ağrısı olan hastalarda, hem tanıyı doğrulamak; hem de tedaviyi sağlamak amacıyla artroskopik girişim yaptık ve sonuçlarını değerlendirdik.

Hastalar ve yöntem

Ocak 1990 Aralık 1995 tarihleri arasında kronik ayak bileği ağrısı tanısıyla polikliniğimize başvuran 28 hastanın ayak bileğine cerrahi artroskopi uygulanmıştır. Hastaların 18'i erkek ve 10'u kadın olup; ortalama yaş 29.9 yıldır (16 - 63 yaş). Kronik ayak bileği ağrısından yakınan hastaların anamnezinde burkulma-travma öyküsü araştırılmış ve klinik bakısında da eklem anterior- anterolateralindeki yumuşak doku şişliği, eklem çizgisinde bası ile ağrı, fleksiyon-ekstansiyon hareketlerinde bu bölgede palpasyonla hissedilen yumuşak doku sürtünmesi, yürürken ayak bileği eklemının lateral kısmının korunmaya çalışılması, instabilite testleri gibi belirti ve bulgularla klinik tanı konulmuştur. Radyografik incelemeyle diğer patolojiler ekarte edilmeye çalışılmış, tanı ve ayırıcı tanıda



Şekil 1: a. Hasta pozisyonu, b. İnvasif distraksiyon amacıyla kliniğimizde geliştirilen, ilizarov modifikasyonu distraktör ve uygulaması

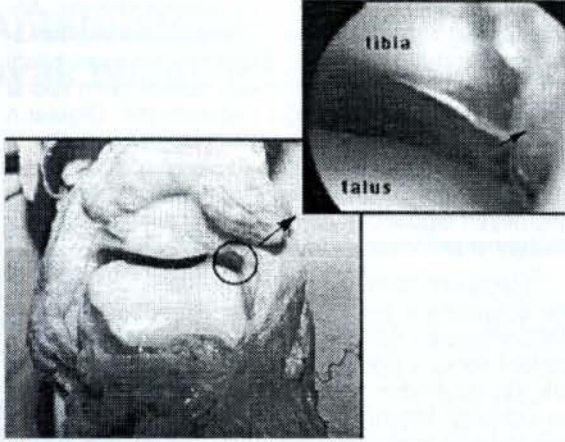
bone scanning, CT ve MRG'den yararlanılmıştır. Ancak tüm olgularda MRG ile değerlendirme yapılamamıştır. Olguların tümünde geçirilmiş bir ayak bileği burkulması ve 15'de (%53) ise bu burkulmanın sportif aktivite esnasında olduğu saptanmıştır. Olguların tümünde 6 hafta ile üç ay arasında değişen sürelerde konservatif tedavi (tıbbi tedavi, ekzersiz, istirahat, bileklik, fizik tedavi) uygulanmış ve buna rağmen ağrısı geçmeyen olgularda, yumuşak doku sıkışması düşünülyorsa artroskopiye karar verilmiştir.

Hastaların tümünde preoperatif klinik ve laboratuvar bulgularıyla, postoperatif dönemde poliklinik değerlendirmeleri takip formuna işlenerek, artroskopik cerrahi sonucu elde edilen klinik sonuçlar Meislin ve ark. (8) tarafından Tablo 1'de gösterilen fonksiyonel ve subjektif kriterlerle değerlendirilmesi yapılmıştır. Hastalarda minimal takip süresi 3 ay maksimal süre ise 5 yıl arasında değişmekte olup, ortalama takip süresi 3 yıl 9 aydır.

Artroskopi tekniği ve bulgular

Artroskopi işlemi genel, spinal ve epidural anestezi ile ve pnömotik turnike kullanılarak gerçekleştirildi. 7 hastada Hoffman tipi eksternal fiksatorle, ilizarov cihazından modifiye ederek geliştirdiğimiz özel bir distraktör invazif distraksiyon amacıyla kullanıldı (Şekil 1). Artroskopi, 4mm kalınlığında 30'lik Storz marka optik ve videoendoskopi sistemi ile, standart anterolateral ve anteromedial giriş yolları kullanılarak gerçekleştirildi. Eklem distansiyon ve irrigasyonunda küçük eklem artroskopisi ilkelerine uyularak; bazı olgularda pompalı irrigasyon sistemi kullanıldı. Artroskopik cerrahi girişimlerle ronger, shaver ve küret gibi enstrümanlarla gerçekleştirildi. Tüm hastalar bir gün hastanede yatırılarak, yük vermeye ve rehabilitasyona hemen başlandı.

28 hastadanın 23'ünde özellikle eklem anterior- anterolateralinde lokalize hipertrofik sinovyal doku, radyolojik olarak dejeneratif eklem hastalığı teyit edilmiş 5 hastada ise yaygın anterior sinoviyal, talar dom ve tibial plafonda değişik derecelerde kondromalazik değişiklikler gözlenmiştir. Ayrıca 23 hastanın 4'ünde snovyal shelf, 2'sinde meniskoid lezyon (Şekil 2) ve 5'inde de anteroinferior tibiofibular ligament (AITFL)'e ait kronik lezyonun sinovite (Şekil 3) eşlik ettiği gözlemlendi. Hastaların ortalama 45 aylık (minimum 3 ay, maksimum 5 yıl) takipleri sonucunda yapılan değerlendirmede 23'ünde (%82) mükemmel-iyi sonuç, yaygın sinoviyal ile birlikte, eklemde dejeneratif değişiklikler, osseöz impingement ve kondral lezyon bulunan 5 hasta da ise uzun sürede tatmin edici sonuç alınamamıştır. Eklem debritleme ve yıkanmasını sağladığı iyi sonuç çok kısa bir sürede kaybedilmiştir. İki hastada komplikasyon gözlemlendi. Distraksiyon amacıyla kullanılan Hoffman tipi eksternal fiksatörün kalın Shanz çivisi bir hastada tibia kırığına neden oldu. Kırık alçı ile ve sekel bırakmadan iyileşti. Diğer hastada ise anterolateral giriş noktasında, yüzeysel peroneal sinirde nörinom ve buna bağlı hiperestezi oluştu. Hastanın yakınmalarının uzun süre geçmemesi üzerine lokal alkol enjeksiyonu ile şifa sağlandı.



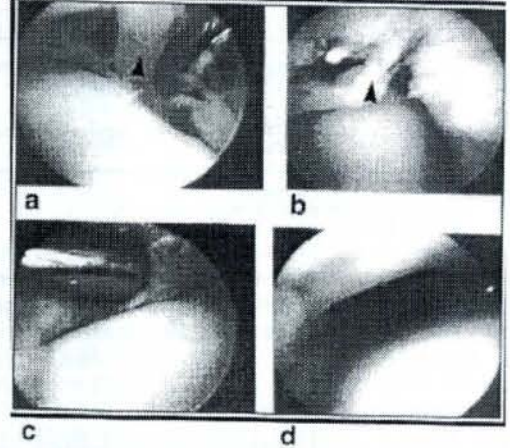
Şekil 2: Kronik sinovite eşlik eden meniskoid lezyon. Ok kısmen rezeke edilmiş patolojik dokuyu gösteriyor. Halen lateral gutter'i dolduruyor

Tartışma

Ayak bileği ekleminin anteriorunda lokalize devamlı ayak bileği ağrısı, sıklıkla ayak bileği burkulmalarından sonra ortaya çıkan ve hipertrofik snovya veya tamir dokusunun eklem aralığında sıkışmasının sıklıkla neden olduğu klinik bir durumdur (4). Klinik tanının zorluğu, hastaların %50'sinde radyogramların normal bulunması, MRG ile sinovyal kalınlaşmanın olguların ancak %30-40'da gösterilebilmesi nedeniyle artroskopik tanı ve tedavi önem kazanmıştır (4).

Olgularda eklem anterior, özellikle anterolateral yüzüne lokalize olan ve aktivite ile ortaya çıkan ağrı, palpasyonla ortaya konan duyarlılık ve lokalize şişlik tanı kriter olarak kullanılmıştır. Ancak bu belirti ve bulgular tipik olmayıp, ayak bileği ve çevresindeki birçok patolojinin benzer semptomları gösterebileceği aşırıdır. Bu durum klinik tanının zorluğunu oluşturmaktadır. Her olguda travma öyküsü araştırılmış ve 15 olguda (%53) yakınmaların spor travmasıyla ilgili olduğu ve tüm olgularda da en az birkez ayak bileğinin burkulduğu saptanmıştır. Radyolojik incelemede ise dejeneratif eklem hastalığı düşünülen olguların dışında eklemde ait bir patoloji saptanamamıştır. Artroskopik dışında hipertrofik sinovya ve tamir dokusunu gösterecek inceleme yöntemi MRG'dir ve hipertrofik sinovyum intensite azalması şeklinde kendini göstermektedir (3). Ancak sinovyal kalınlaşma olguların %30 veya 40 gösterilebilmektedir (4).

Ayak bileğinde ağrı ve şişlik, lokal duyarlılığı neden olan yumuşak doku sıkışması ilk kez Wolin ve ark. (11) tarafından 1950 yılında tanımlanmış ve eklem anterior lateral bölümüne yerleşen oluşum "hyalinize bağ dokusu", meniskoid doku" olarak adlandırılmıştır. 9 hastada ağrı ve şişliğin nedeni olan bu dokunun eksizyonu sonucu semptomların dramatik olarak iyileştiği gösterilmiştir. 1980'li yıllardan sonra McCarroll ve ark. (7) Ferkel ve Fisher (3), Martin (6), Meislin (8) ve Springer ve ark. (9) ayak bileği ağrısına neden olan sinovyal doku kalınlaşmasını artroskopik olarak göstermiş ve artroskopik cerrahi tedavinin başarılı sonuçlarını bildirmişlerdir. Ayrıca Bassett ve ark. (1) AITFL alt liflerinin kalınlaşması ve saçaklanmasının



Şekil 3: a, b. Kronik sinovite eşlik eden AITFL ait eski lezyon (ok). c. Lezyonun motorize enstrüman ile debrütmanı, d. Debrütmandan sonra lateral gutter'in görünür hale gelmesi

da benzer klinik tabloyu yaratabileceğini göstermiştir. Nadir görülen bu durumu bizde 5 hastamızda gözledik. Sıkışma nedeni olan yumuşak doku patolojisi (hipertrofik sinovyal doku, hyalinize bağ dokusu, meniskoid lezyon gibi) eklemden ki burkulma sonucu oluşmaktadır. Ancak biz olgularımızın değerlendirilmesi sonucu patolojiyi iki grupta topladık. Birinci grup genç-aktif hastalar olup çoğunluğu teşkil etmektedir. Travma sonucu eklem anterior lateralinde minimal instabilite ve yumuşak doku patolojisi gelişmektedir. Ayrıca bu olgularda kondral patolojilerde sık görülmektedir. Ancak olgularımızda gözlenmemiştir. Talusun osteokondral lezyonları (TOL) ise ayrı antite olarak değerlendirilmiştir.

İkinci grubu ise dejeneratif değişiklikler, yaygın anterior sinovit gösteren olgular oluşturmaktadır. Daha yaşlı olan bu hastalarda da travma anamnezi bulunmaktadır. Tibial plafond ve talusta konromalazik değişiklikler eşlik etmektedir. Literatürde gösterildiği ve bizimde gözlediğimiz gibi hastalar konservatif tedaviden yararlanamamaktadır (4). Ancak yaklaşık üç aylık periyotta istirahat bileklik, tıbbi tedavi, ekzersiz gibi konservatif tedavi yöntemleri denenmiştir.

Artroskopik ile tanısı doğrulanmış tipik olgularda lokalize snovektomi, skar eksizyonu şeklindeki artroskopik cerrahi tedavi ile bugün için ortalama %80 başarılı sonuç elde edilmektedir. Ferkel ve Fisher (3), 31 olguda %85, Martin ve ark. (6), 16 olguda %75, Meslin ve ark. (5), 55 olguda %90 başarılı (mükemmel-iyi) sonuç bildirmektedirler. Çalışmamızda 28 olgunun 23 de (%82) ortalama 45 aylık bir takip süresinde başarılı sonuç elde edilmiş, dejeneratif eklem hastalığı olan diğer hastalarda ise başlangıçta elde edilen iyi sonuç zamanla ortadan kalkmıştır. Ancak hiç bir hastada kötü sonuç görülmemiştir.

Biz olguların değerlendirilmesinde ağrı, duyarlılık, eklemden hareket genişliği ve hastanın sonucu değerlendirmesinden oluşan kalitatif değerlendirme sistemini kullandık (8). Ancak dizde olduğu gibi yaygın kullanılan bir skorlama sisteminin olmaması bu konudaki yayınların değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Yukarıda çalışmalarını refere ettiğimiz yazarların hepsi kalitatif değerlendirmeyi içeren sistemleri kullanmışlardır. Bu nedenle ortak bir değerlendirme sistemine ihtiyaç vardır.

Sonuç

Ayak bileği eklemünde burkulma ile oluşan lokalize veya yaygın hipertrofik snovyal doku, tamir dokusu ve nadirde olsa AITFL'nin hipertrofik alt lifleri, sıklıkla eklem anterolateraline yerleşen ağrıya neden olmaktadır. Direkt radyografik bulgular hastaların %50'sinde negatif olup, MRG ile patolojik dokular olguların ancak %30-40'da gösterilebilmektedir. Bu gibi olgularda artroskopi önem taşımakta ve yaklaşık olguların %80'inde artroskopik cerrahi tedavi uzun süreli takiplerde başarılı sonuç vermektedir. Artroskopik cerrahi tedavi, artrotomiye nazaran morbiditesi düşük bir girişim olup; tekniğe dikkat edildiğinde çoğunlukla giriş yerlerinin hazırlanması esnasında oluşan komplikasyonlar dan kaçınılabilmektedir.

Kaynaklar

1. Bassett, FH, Gates HSIII, Bilys JB et al: Talar impingement by the anteroinferior tibiofibular ligament *J Bone Joint Surg* 72A: 55-59, 1990.
2. Cerulli G, Caraffa V, Buompadre V, Bensi G: Operative arthroscopy of the ankle *Arthroscopy* 8: 537-540, 1992.
3. Ferkel RD, Fischer SP: Progress in ankle arthroscopy. *Clin Orthop* 240: 210-220, 1989.
4. Ferkel RD- Fasulo GJ: Arthroscopic treatment of ankle injuries. *Orthop. Clin. North Am*, 25: 17-32, 1994.
5. Liu, SH, Raskin AR, Osti L, et al: Arthroscopic treatment of anterolateral ankle impingement. *Arthroscopy* 10:215-218, 1994.
6. Martin D, Curl W, Baker C: Arthroscopic treatment of chronic synovitis of the ankle. *Arthroscopy*, 5: 110-114, 1989.
7. McCarroll JR, Schrader, JW, Shelbourne KD, et al: Meniscoid lesions of the ankle in soccer players. *Am. J Sports Med*, 15: 255-257, 1987.
8. Meislin RJ, Rose DJ, Parisien S, Springer S: Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle. *Am. J Sports Med* 21: 186-189, 1993.
9. Springer SI, Meislin R, Rose D, Parisien S: Arthroscopic treatment of synovial impingement of the ankle. First World Congress of Sports Trauma, Palma de Mallorca (Spain), *Abstract Book*, pp. 170-171, 1992.
10. Waller JF: Hindfoot and midfoot problems of the runner in symposium on the foot and leg. Mack RP (ed): *Running Sports. St. Louis, Mosby Year Book*, pp. 64-72, 1982.
11. Wolin I, Glassman F, Sideman F, et al: Internal derangement of the talofibular component of the ankle. *Surg. Gynecol. Obstet.* 91: 193-200, 1950.

Yazışma adresi:

Prof. Dr. Ahmet Turhan Aydın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
07058 Kepez, Antalya, Türkiye