

SPORCULARDA KASIK AĞRILARI

Spor hekimliğinde kasık ağrıları en büyük problemlerden biridir. Hastanın hikayesi ve ağrının karakteristiği iyi bir şekilde analiz edilmelidir. Doğru teşhis, doğru tedavi için hayatidir. Ne kadar çabuk doğru bir tanı konulursa sporcunun sahaya dönüşü, aktivitelerine tekrar başlaması o kadar çabuk olacaktır. Doğru tanı için ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayenenin yanında direkt Radyografi, Ultrasonografi (US), Sintigrafi, Kompüterize Tomografi (CT), Manyetik Rezonans (MR), Herniografi ve İdrar Kültürü gibi tetkiklerden bir veya bir kaçını aynı anda kullanmak gerekebilir (14, 18, 20).

Literatürdeki bir çok çalışmada futbolculardaki tüm yaralanmaların %5'inin kasık bölgesinde olduğu belirtilmişken, İskandinavya'da yapılan bir çalışmada her 100 futbol oyuncusunun 10-18'inde, Ekstrand ve Gillquist %18'inde, Engström ve arkadaşları erkek futbolcuların %16'sında, elit bayan futbolcuların %12'sinde kasık problemi görüldüğü belirtilmiştir (6, 8).

Kasık ağrılarının en sık sebebinin kas ve tendon problemleri oluşturmakla birlikte kasık fitikleri da sık rastlanan nedenlerden biridir. Osteitis pubiste bu bölge ağrılarında hiçte yabana atılmayacak bir sıklıkta görülmektedir. Diğer sebepler arasında stress kırıkları, bursitler, sinir sıkışmaları, infeksiyonlar ve inflâmatuar durumlar sayılabilir. Ayrıca diğer organ ve sistemlerin yansıyan ağrıları da kendini kasık bölgesinde gösterebilir. Tedavinin başarısı doğru tanı ile mümkündür ve çok çeşitli teşhis olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Ekberg ve arkadaşları yapmış oldukları bir çalışmada kronik kasık ağrısı şikayeti olan 21 erkek futbolcunun 19 tanesinde birden fazla hastalık olduğunu tesbit etmişlerdir (10 hastada 2 tanı, 6 hastada 3 tanı, 3 hastada 4 tanı konulmuştur) (4).

Tedavinin başarılı olabilmesi için multidisipliner bir yaklaşım ve genellikle grup çalışması gereklidir. İdeali bir takım hekiminin organizasyonunda ortopedist, fizik tedavi uzmanı, ürolog, kadın-doğum uzmanı, genel cerrah ve nörolojistin konsültasyonunda fizyoterapist, masör ve sportif rehabilitasyon tecrübesi olan bir antrenörün içinde yer aldığı ekip çalışmasıdır.

Bu kadar geniş hastalık grubunu içinde barındıran kasık bölgesinin anatomisini iyi bilmek, tanıyı koymada yardımcı olacaktır.

KONTÜZYONLAR:

Kontakt sporlarda yumuşak doku ezilmeleri oldukça sık rastlanan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Genellikle direkt travma sonucu görülmektedir. Karşı takımdaki rakip oyuncunun çarpması ile kasık bölgesinde ağrı ve hassasiyet olabilir. Bu bölge kas ve yumuşak doku açısından oldukça zengindir. Olayı takip eden 24 saat içinde travma bölgesinde şişme görülebilir. Kalça bölgesinde kontüzyon sıklıkla sakroiliak eklem, iliak krest, büyük trokanter ve iskium'da görülür. Kontüzyona bağlı olarak bu bölgede hemobursa ve subperiostal hematoma görülebilir. Subperiostal hematoma ciddi ağrı nedenidir.

Ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayenede şişlik, ekimoz, lokal hassasiyet görülmesi tanıda yardımcı olur. MR incelemesi tanıyı destekler.

Yumuşak doku ezilmelerinde ilk 48 saat RICE protokolüne bağlı kalınır. 3. günden itibaren kas atrofisi ve kas güçsüzlüğünü engelleyici fizik tedavi modaliteleri, eklem fleksibilitesi ve eklem ROM'una yönelik rehabilitasyon programı verilir. Sporcu genellikle herhangi bir sekel oluşmadan aktivitelerine döner.

KAS VE TENDON SAKATLIKLARI:

Kasık bölgesindeki kas ve tendon yaralanmaları özellikle futbol ve buz hokeyinde görülmekle birlikte, paten, yüksek atlama, karete, binicilik, engelli koşu ve Amerikan futbolunda da oldukça sık görülmektedir (1, 12, 13, 18).

Sportif faaliyetler sırasında meydana gelen kas yaralanmalarından kendini kasık bölgesinde ağrı şeklinde gösteren genellikle 4 kas grubu vardır (Resim 1).

- M.Adductor longus(%54)
- M.Rectus Abdominus (%16) - M.Rectus Feriioris (%12)

- M.İiopsuaS (%6)

- %12'lik grupta diğer bölge kasları ve tendonları oluşturmaktadır.

Brien ve arkadaşları, yapmış oldukları çalışmalarda en yaygın kasık ağrısı nedeni olarak adduktor tendiniti belirtmişlerdir (12). Kasık ağrılarının yaygın lokalizasyonu adduktor kas tendon bölgesidir (Adduktor kaslar; adduktor longus, brevis, magnus, M.pectiniosus ve M.graciliosus.) ve genellikle de adduktor longus kasının tendon bağlantısında strain ile kendini gösterir. Eğer zamanında doğru bir şekilde tedavi edilmez ise problem daha da büyük ve kronik hale gelir.

Futbolcularda görülen kasık ağrılarında genel kanı, kronik ağrılarının daha çok gençlerde, akut yaralanmaların ise daha çok ileri yaştaki sporcularda ortaya çıktığı yönündedir.

Adductor longus tendinitinde tipik şikayet sabahları kasık bölgesinde ağrı ve hassasiyettir. Ağrı ve hassasiyet ısınmayla çoğu zaman azalır ve hatta bazen kaybolabilir, ancak aktivitenin sonuna doğru tekrar ortaya çıkabilir. Ağrı çoğu zaman adduktor kasın başladığı yerde lokalize olur ve aşağıya kasiğe doğru yayılabilir. Ağrı, sıklıkla öksürünce, hapsirince ya da tek ayak üzerinde durup çorap veya pantolon giyme esnasında görülür. Sporcu orta tempodaki bir düz koşuyu ağrısız koşabilir. Fakat hızı artırdığında ya da ani yön değişiklikleri yaptığında ağrısı olur. Sprint çıkışı, topa şut vurma ve kayak yapma klasik ağrı nedenleridir. Bacakları direnç karşısında birbirine yaklaştırma girişimi, (adduksiyon) ağrıyı başlatabilir, kronik vakalarda ağrıyı arttırabilir. Fleksiyon kısıtlılığı görülür. Pasif adduksiyonda ağrı ve adduksiyon rencinde azalma sık görülen bulgulardır (1, 7, 14).

M. adduktor longus ile rectus abdominis kaslarının başlangıç noktaları birbirlerine çok yakın olduğundan, inflamatuvar değişiklikler aynı anda her iki kasda etkileyebilir.

M. adductor longus'un parsiyel veya total rüptüründe sporcu kasıkta birdenbire bıçak saplanır gibi ani bir ağrı hisseder. Aktiviteye yeniden başlamak istediğinde ağrı tekrarlar. Şişliğe ve ekimoza yol açabilen lokalize kanama görülür. Fakat bu belirtiler yaralanma olayından bir kaç gün sonra ortaya çıkar. Eğer kas kasılmıyorsa total rüptürden şüphelenmek gerekir. Ayrıntılı anamnez, iyi bir fizik muayene tanıya yardımcı olur. Ayrıca US, MR, CT gibi tetkikler tanıyı destekleyebilir.

Tedavide sporcu kasiğında ağrı hisseder hissetmez istirahate alınmalıdır. Böylece olayın daha da büyümesi engellenir. İlk 48-72 saat RICE protokolüne uygun davranılır. Oral NSAİ ilaç verilir. Erken dönemde rehabilitasyona başlanmalıdır. Artan yoğunlukta egzersiz programı önerilmelidir. 5-10 dk. bisikletle warm-up, fizik tedavi modaliteleri, self-stretching, propriyosepsiyon egzersizleri, ekstansiyon, fleksiyon, abduksiyon ve adduksiyon gibi ROM egzersizleri verilmelidir. Tam ROM yaklaşıldığında ve kuvvet geliştiğinde spor branşına özgü hareketlere geçilmelidir (3, 6).

Kasık bölgesi sakâtlıklarının tedavisi genellikle konservatif olmakla birlikte, total rüptürlerde ve konservatif tedaviye cevap vermeyen uzamış tedavilerde ve intramuskuler hematomlarda cerrahi tedavi düşünülebilir (1, 6).

Akerman ve arkadaşlarının adduktor longus tendonunda tenotomi yaptıkları 16 atletten 10 tanesinin tam olarak aktivitelerine tekrar döndüğünü, 5 tanesininde eskiye oranla daha iyi performans gösterdiğini belirtmişlerdir. Neuhaus ve ark. 24 tenotomi yaptıkları sporcudan 19 tanesinin tam olarak aktivitelerine döndüklerini bildirmişlerdir (7). Bu tedavinin başarısı endikasyonun doğru konmasına bağlıdır.

Kas ve tendon sakatlıklarını önlemek için özel olarak tasarlanmış güç ve esneklik egzersizlerinin yer aldığı koruyucu antrenman şarttır. Her antrenmandan önce kasların yeterince gerilmesi yapılmalı, vücut yapacağı aktiviteye hem kas esnekliği olarak hem de kardiorespiratuvar olarak hazırlanmalıdır.

M. Rectus Abdominis:

Karın kaslarının rüptürü ve inflamasyon çoğu zaman rektus abdominus kasında görülmesine rağmen, karın oblik ve transvers kaslarında da görülebilir (13).Genellikle ağırlık kaldırma sporu ile uğraşanlarda, tenis, sırtla yüksek atlama ve nadiren de futbol, güreş, kürekçilerde, cirit, disk ve gülle alma sporcularında görülür. Kendini karında bıçak saplanır gibi bir ağrı ile gösterir. Lezyonun olduğu bölgenin üzerinde hassasiyet vardır. Yürürken veya koşarken öne doğru güçlü bir adım alma sırasında fonksiyon bozukluğu görülür.

Abdominal kaslardaki rüptürün apandist ile karışma riski vardır. Buradaki ağrının boyun ve kalça fleksiyonda iken karın kaslarının kontraksiyonu ile artaya çıkması abdominal kas rüptürü lehine yorumlanır. Apandisitte istirahat esnasında iken de ağrı vardır.

Bu kasın tendonu pubiste adduktor longus tendonu ile çok yakın bir bölgede simfiz pubise yapıştığından adduktor longus tendiniti ile çok karışır. Adduktor longus tendinitinde kalçanın adduksiyona hareketinde ağrı mevcuttur. Tedavisinde konservatif yaklaşılır. Sporcu semptomlar ortadan kalkıncaya kadar istirahate alınır. NSAİ ilaç verilir. 2. günden itibaren lokal ısı uygulaması ve ısı kaybını önleyen önlemler alınır. Özel bir egzersiz programı belirlenir. Karın kaslarının aşırı kullanımını gösteren belirtiler ortaya çıkar çıkmaz sporcular istirahate alınırsa semptomlar bir iki hafta içerisinde ortadan kalkar. Kas rüptürü olduğunda iyileşme süresi rüptürün derecesine göre değişir.

M. Rectus Femoris:

Dizin ekstansiyonu, kalçanın fleksiyonunda görev yapan rektus femoris kasının proksimal problemlerinde de kasık bölgesinde ağrı görülebilir. Futbolcularda yoğun şut çalışmalarından, tekrarlanan hızlı çıkışlardan, güç antrenmanlarından ve benzeri faaliyetlerden sonra uyluğun hemen yukarısında, kasiğe doğru vuran ağrı hissedilir. Sporcunun direnç karşısında kalça eklemine fleksiyona, diz eklemine ekstansiyona getirirken ağrı hissetmesi tanıda yardımcı olur. Palpasyon ile bölgede lokal hassasiyet görülür. Rectus femoris kasının 1/3 yukarı bölümünün rüptürlerinde kalça eklemine zorlu ve şiddetli fleksiyon yaptırdığında kasıkta birden bire ortaya çıkan bıçak saplanır gibi bir ağrı hissedilir. Total rüptürlerde diz ekstansiyonu yaptırılmaz. Tedavisinde add. longus tendinitindeki tedavi prensipleri geçerlidir.

M. İliopsoas:

Kalça eklemine en güçlü fleksördür. İliopsoas kasında inflamasyon, ağırlık kaldırılarak gerçekleştirilen güç antrenmanları sırasında eş zamanlı olarak dizler büküldüğünde (halter, güreş gibi), kürekçilerde kondüsyon amaçlı yumuşak zeminde ya da yokuş yukarı koşu yapan atletlerde, futbolda yoğun şut çalışmaları sırasında, uzun ve yüksek atlama sporu yapan atletlerde ve engelli koşucularda gelişebilmektedir. Bu kasın altında bulunan bursada da beraberinde inflamasyon görülebilir. İliopsoas kasında inflamasyon yeni başladığında aynı adduktor longus tendinitindeki gibi sabahları ağrı ve bölgede hassasiyet vardır. Hareketler ağrıyı arttırır. Vücut ısıtıldığında ağrı ortadan kalkar. Aktivitenin sonlarına doğru ağrı tekrar başlar. İlerlemiş olgularda ağrı aktiviteye engel olur. Kalça eklemine direnç karşısında fleksiyon yaptırıldığında kasıkta ağrı hissedilmesi İliopsoas tendiniti lehinedir. İliopsoas tendiniti ile birlikte bursitte geliştiğinde kasıkta bir gerginlik ve şişme hissi algılanabilir.

İlipsoas kası rüptürü enderdir. Görüldüğünde kasıkta birden bire bıçak batması gibi ağrı hissedilir ve bu ağrı kalça fleksiyona getirilmeye çalışıldığında artar. Tendonun küçük trochantere yapışma yerinde şişlik ve lokal hassasiyet bulunabilir. Bazen küçük trochanter bölgesinde avulsion kırığı görülebilir. Total rüptürlerinde kalça eklemi fleksiyonu zayıflamıştır.

İlipsoas kasının total rüptürü dışında tedavi konservatiftir. Sporcu ağrı geçinceye kadar istirahate sevk edilir ve NSAİ ilaç verilir. İlk 24-48 saat RICE protokolüne bağlı kalınır. 3. günden itibaren lokal ısı uygulamaları ve ısı kaybını önleyecek önlemler alınmalıdır. Bölgeye özgün egzersiz programı ile sporcuda tam ROM'a yaklaşıldığında ve kuvvet geliştiğinde sportif branşa özgü antrenmanlara geçilmelidir. Sporcunun kardiorespiratuvar kondüsyonu dikkate alınmalıdır (1, 3, 7, 14).

Pubalji: Oldukça nadir görülen kasık ağrısı nedenlerinden biridir. İnternal oblik kasın kasılmasına bağlı olarak ağrı oluşur. Kas ve fasyaların zayıflığı ile karakterizedir. Zorlu aktiviteyle ortaya çıkar, istirahat ile geçer. Konservatif tedaviye cevap vermeyen vakalarda cerrahi düşünülür.

M.Pectineus, M.Sartorius, M.Tensor fascia lata ve M.Gluteus medius gibi kasık bölgesinde etkili olan bir çok kasta spor faaliyetleri sırasında hasar görebilir ve kasık ağrısına neden olabılır. Tanı ve tedavi yaklaşımları diğer bölge kas problemlerindeki gibidir.

Myositis Ossifikans:

Travmayı takiben periost ve yumuşak dokuda oluşan hematoma ve kontüzyonların sonucunda görülen bir komplikasyondur. Ayrıca eklem travmaları, kırıklar ve büyük kas kitlesini içeren cerrahi operasyonlardan sonra görülebilir. Travmaya açık olan bütün sportif branşlarda görülebilir. Kasta sertlik, lokal şişlik, kasta

fonksiyon kısıtlılığı ve eklemdede ROM kaybı ile kendini gösterir.

Radyografilerde kalsifik odak görülebilir. Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile tanı konulabilir. CT ve MR tetkikleri tanı koymada yardımcı olur. Tedavide orta agresiv, aktif veya pasif germe egzersizleri kullanılır. Travma sonrası erken agresif fizik tedavi kanamayı artırır ve hematoma kalıcı olmasına neden olur.

KEMİK VE EKLEM HASTALIKLARI: KALÇA FRAKTÜRLERİ:

Femur boynu ve trokanterik bölgedeki kırıklar yaşlılarda daha sık görülmekle birlikte, futbol, kayak, cimnastik ve karete gibi sporlarla uğraşan adolesanlarda ve erişkin atletlerde direkt travmaya bağlı olarak görülür.

Bacağın kısılması ve dışa doğru dönmesi femur boynu kırığı için tipiktir. Bu kırıkların hemen hepsinde tedavi cerrahidir. Ameliyat sonrası dönemde iyi bir rehabilitasyon uygulanmalıdır (14, 15).

AVÜLSİYON FRAKTÜRLERİ:

Periyodik büyüme dönemleri ve açık fizleri nedeniyle adolesan sporcular apofizitis ve avülsiyon yaralanmalarına maruz kalabilirler. Bu yaralanmalar doğru iyileşmez ise genç sporcu kronik ağrı, tekrarlayan yaralanma ve hatta deformite bekleyebilir. Genellikle 13-19 yaş arası adolesanlarda kasın beklenmedik ve patlayıcı kontraksiyonu sonucu görülür. Direkt travmaya bağlı avülsiyon fraktürü çok nadirdir (2).

Pelvis ve kalçanın 7 apofizinde de avülsiyon kırığı bildirilmiştir (Resim 2). Grafi çekilemeyen bit çok kas çekmesi aslında avülsiyon kırığı olabilir.

Tipik hikaye sprinter ya da koşucunun yarışın başında start alırken veya yarışın sonunda atak yaparken duyduğu akut ağrı ve kopma hissidir. Bir avülsiyon fraktürü ile birlikte topallama olayın ciddi olduğunu gösterir.

Avülsiyon fraktür olan hasta yaralanan tarafta şiddetli ağrıdan ve palpasyon ile hassasiyetten şikayet eder. Radyografiler genellikle tanı koymada yeterlidir. Avülsiyon fraktürlerinde tedavi genellikle konservatiftir ve sporcu 4-6 hafta sonra aktivitelerine dönebilir. Fakat radyografide apofiziyel ayrılma 8 mm'den daha fazla ise kemiğin kendiliğinden tamir olma ihtimali azdır. Nedbe dokusu ile iyileşeceğinden ömür boyu ağrılı ve problemlili kalabilir. Bu gibi durumlarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Kalçadaki apofizlere baktığımızda;

İliac Krest:

Transvers abdominal, internal ve eksternal oblik abdominal kasların yapışma yeridir. Avülsiyon kırığı karın kaslarının ani bit kontraksiyonu sonucu görülür. Ana şikayet yaralanma bölgesinin üstünde ağrıdır.

Spina İliaca Anterior Superior: Sartorius ve tensor fascia lata kaslarının yapışma yeridir.

Hem Spina İliaca Anterior Superior hemde Spina

İliaca Anterior İnférieur kalçanın hiper ekstansiyonunda yaralanır. İkisi bit arada ise "sprinter kırığı" adını alır.

Trochanter Major:

Gluteus medius ve minimus kasların ani kontraksiyon ile oluşur. Yanlış bir adım sonrası dengeyi sağlamaya çalışırken böyle bir kontraksiyon oluşabilir. Hastada etkilenen tarafta aktif abduksiyon yoktur ve o taraf üzerinde tek ayağı ile duramaz (pozitif trendelenburg bulgusu). Direkt grafide kemik fragmanları 8 mm'den fazla kaymış ise açık redüksiyon ve internal fiksasyon ile abduktor mekanizmanın tamir edilmesi gerçekleştirilir (2).

Trochanter Minor:

Kalçanın en güçlü fleksörü olan iliopsuas kasının yapıştığı yerdir. Avülsiyon fraktürlerinde antalgik yürüyüş görülür. Ludloff bulgusu genellikle pozitifdir. Hasta otururken kırık tarafta kalçayı fleksiyona getiremez. Uyluk hafif dış rotasyonda çekilen AP grafilerde trochanter minor çok iyi görülür. Tedavi semptomatik olup koltuk değneği ve aktivite kısıtlamasından ibarettir. İlk bit kaç gün kalça fleksiyonda yatak istirahati gerekebilir. Hasta 8-12 hafta sonra tam aktivitelerine döner.

İschial Tuberosit:

Kalça bölgesinde en sık görülen fiz yaralanmasıdır. Genellikle sporcularda hemstringlerin ani kontraksiyonu ile oluşan çekmeye bağlı görülsede direkt trauma nedeniyle de görülebilir. Hastaların çoğu yürüyemez. Yürüyebilenlerde de antalgik bit yürüyüş görülür. Uyluk iç-arka ve hemstringe doğru yayılan bit ağrı mevcuttur.

Simfiz Pubis:

Gracilis kasıda dahil olmak üzere adductor grubun çekmesi ile oluşur. İç kasık ağrısı kalçanın pasif abduksiyonunda ve dirençli abduksiyonunda ağrı vardır.

Avülsiyon fraktürlerinin çoğunda tedavi konservatiftir ve tedaviden sonra genellikle sekel bırakmadan iyileşir.

Femur Başı Epifiz Kayması:

8-15 yaş arası çocuklarda ve adolesanlarda gelişen kronik kasık ağrısı nedenlerinden biridir. Ağrı kasık bölgesinde başlar, fakat dize doğru hissedilir. Kalça hareketi ile duyulan inguinal ağrı fiziksel aktivite ile artar. Daha çok erkek çocuklarda görülür. Sporcu genellikle topallayarak yürür ve bacağını eksternal rotasyonda tutar. Radyografilerde özellikle kurbağa bacağı lateral görüntü tanısaldır. Tedavi cerrahidir (2, 9, 13).

STRES FRAKTURLERİ:

Sürekli tekrarlayan mikrotravmalara bağlı olarak özellikle uzun kemiklerde görülür. Kasık ağrısına en çok neden olan stress fraktürleri pubic ramus ve femur boynunda görülür. Uzun mesafe koşucularında tekrarlanan, uzun süreli yük binmesi sonucu ve sert zeminde antreman yapma, uygun olmayan ekipman kullanma sonucu görülür. Uzun süreden beri kalça ve uyluk ağrısı olan aktif hastada pubic ramus stres fraktürü olabilir. Kalça hareketlerinde azalma ile beraber görülen ağrıda femur boynu stres fraktürünü düşündürür. Uzun mesafe koşucularının %7'sinde femur boynunda ve pubis kemiğinde stres fraktürü tesbit edilmiştir. Direk grafiyer başlangıçta negatiftir. 2-3 hafta sonra kallus oluşması ile kendini gösterir. Erken dönemde kemik sintigrafis tanı için faydalıdır. Stres fraktürlerine sit radyolojik bulgular mevcut ise ortopedik konsültasyon istenmelidir. Femur boynundaki stres fraktürleri genellikle cerrahidir. Operasyon gerektirmeyen olgularda hastanın ağrısı geçinceye kadar yükten korunarak tedavi edilmelidir. Rehabilitasyon ve spora dönüş kademeli olmalıdır. Femur boynunun yeniden şekillenmesine yeterince zaman verilmelidir. 6-8 hafta kadar koşu egzersizlerinden uzak tutulmalıdır. Rehabilitasyonda hidroterapi oldukça önemlidir (15, 16, 17).

KALÇA EKLEMİNDE ÇIKIK:

Normal koşullar altında son derece stabil olan kalça eklemine, çok şiddetli bir darbe ile karşılaşıldığında, genellikle arkaya doğru (%90) çıkık olur. Dolaşımın bozulması sonucu femur başının kalıcı hasara uğrayabilmesi nedeniyle bu yaralanma önemlidir. Kalça eklemi çıkıkları, iskeletin diğer yerlerinde başka yaralanma olmaksızın, yani tek başına nadir görülür (9, 16).

PUBİK İNSTABİLİTE:

Pelvis direkt trauma ya da alt ekstremiteye tek taraflı aşırı yüklenme pubic instabiliteye neden olabilir. Simfiz pubiste aşırı hareket ile sonuçlanır. Pubis, kası ve karın alt kısmında ağrı hissedilir. Flamingo görünümünde radyografi tanıyı destekler (17).

Tedavi semptomları ortadan kaldırmaya yöneliktir (fizik tedavi modaliteleri, NSAİ ilaçlar, istirahat, kompresyon şortları gibi). Konservatif tedaviye cevap vermeyen olgularda cerrahi müdahale gerekebilir.

OSTEİTİS PUBİS:

Osteitis pubis hala nedeni tam bilinmeyen simfiz pubisteki inflamatuvar lezyonudur. Pubik kemiği ayırmaya zorlayan kuvvetler ve overuse sonucu geliştiği düşünülmektedir. Pubis bölgesi kas yapışma yeri olarak oldukça zengindir. Sürekli tekrarlayan burulma, burkulma ve gerilme hareketleri sonucu simfiz üzerinde litik lezyonlar başlar. Hastalık daha çok ani ve çok tekrara dayalı aktivite yapan futbol, buz hokeyi, basketbol gibi spor branşlarında faaliyet gösterenlerde görüldüğü gibi atletlerde ve yürüyüşçülerde de

görülebilmektedir. Kanada'da atletler üzerinde yapılan bir çalışmada kasık ve pelvis bölgesinde overuse sakatlığı olan 222 atletin %6.3'ünde osteitis pubis tesbit edilmiştir. Erkeklerde kadınlara oranla 5 kat daha sık görülür (5). Kendini kasıkta ağrı ve simfiz pubis üzerinde hassasiyet şeklinde gösterir. Ağrı daha çok unilateraldir ve erkeklerde skrotuma doğru yayılım gösterir. Daha çok overuse sonucu oluşan bu hastalık erkeklerde prostat ameliyatları sonrası, kadınlarda mesane ve üretral cerrahi sonrasında gelişebilir (14, 20).

Teknisyum 99 ile yapılan kemik sintigrafisi tanıyı destekler. Tedavisi genellikle konservatiftir. İstirahat, fizik tedavi modaliteleri, NSAİ ilaçlar ve egzersiz programı verilir. Sıklıkla bölgenin toparlanması için simfiz pubisine ve çevresine Betamethason injeksiyonu ve tah ben NSAİ ilaç gerekebilir. İnjesiyondan sonra birkaç gün istirahat ihmal edilmemelidir. İnjesiyonlarda mesane perforasyonu ve abdominal kaviteye injeksiyon mümkün olabileceği için dikkatli olunmalıdır.

OSTEOARTRİT: Femur başının osteoartriti genç atletlerde sık görülen bir tablo değildir. Kondral ve osteokondral lezyonla gençlerde daha sık kalça ağrısı nedeni olarak kendiri gösterir. Osteoartritin futbolcularda (5,6) kontrol grubuna (2.8) göre iki kat daha fazla bulunduğu gösterilmiştir (16).

AVASKÜLER NEKROZ:

Kalça travmasını takiben gelişen femur başının avasküler nekrozunda kasık ağrılarının nedeni olabilir. İlaçlar (özellikle kortikosteroidler), aşırı alkol kullanımı ve sistemik hastalıklarda avasküler nekroza neden olabilir (3). Özellikle 5-11 yaş arası erkek çocuklarda görülen Legg-Calve-Perthes hastalığında çocuk yorgunluktan veya kasığındaki bazen de dizindeki ağrıdan şikayet eder (9, 12, 13, 16). Yürürken topallar, kalçanın internal rotasyonunda inguinal ağrı görülür.

Grafilerde hilal işareti, erken dönemde femur epifizinde dansite artışı, daha sonraki grafilerde ise femur başında benekli, güve yeniği manzarası görülebilir. MR tanıda yardımcı olur.

Tedavi ağrı geçirmeye yönelik konservatif tedaviden, total kalça replasmanına kadar değişir.

BURSİTLER:

Kalça çevresindeki en yaygın inflamatuvar durumlardan biridir. Kalça eklemi çevresinde 13 adet bursa bulunmaktadır ve bunlar sıklıkla tendon patolojileri ile birlikte görülür. Çoğu zaman tendonun insersiyonundaki (tenoperiostit) inflamatuvar durumlardan ayırt etmek zordur. Bursalar daha çok eklem bileşkelerinde veya tendon-kemik bileşkesinde yerleşim gösterir. Pelvik bölgede en fazla etkilenen bursalar ischial, iliopectineal ve trochanterik bursalardır.

Bursadaki patolojiler travmatik ya da inflamatuvardır. Travmatik bursa direkt veya indirekt travmaya bağlı olur ve hemobursa gelişir. İnflamatuvar bursit, friksiyonel, kimyasal ve infeksiyöz bursa olarak üçe ayrılır.

Semptomlar bursanın üzerine gelen kısımda ağrıyı kapsar. Bölgede lokal şişlik, ısı artışı ve hassasiyet görülür. Tedavide istirahat, lokal soğuk tatbiki, bursanın aspirasyonu ve NSAİ ilaç kullanılır. Bazen kortizol ve lokal anestetik injeksiyon gerekebilir. İnfeisyöz bursitte antibiyotik vermek gereklidir.

KASIK FITIKLARI:

Kasık bölgesindeki ağrıların en sık nedenlerinden biri hernilerdir. En sık inguinal herni (%80) görülmekle birlikte femoral (%10) ve abdominal (%10) hernide görülebilir (13). Herniler tendinite benzer bulgu verir. Ağrı yanıcı ve batıcı karakterde olup, tam olarak tarif edilemez.

Herninin en yaygın tipi inguinal kanalın posterior duvarında yırtık yada zayıflık sonucu gelişen direkt hernidir.

Ağrı dönme hareketlerinde, mekik hareketlerinde ve özellikle şut çekme sırasında ortaya çıkabilir. Antrenman sonuna doğru ağrı artar. Öksürme, hapşırma ve ıkınma gibi karın içi basıncını arttıran durumlarda ağrı artar (Valsalva manevrası). Ağrı aynı zamanda uyluğun proksimal medial kısmına ve erkeklerde skrotuma doğru yayılım gösterir.

Herniler kronik kasık ağrısının sıklıkla gözden kaçan nedenleridir. Sovell, 189 atletteki kronik kasık ağrısının gözden geçirdiği makalesinde %50'den daha fazlasında başlangıç halinde herni olduğunu belirtmiştir (4).

Tanıda direkt muayene ile scrotum invagine edilerek inguinal kanala bakılabileceği gibi Smedberg ve Ekberg tarafından tarif edilen herniografi ile de tanı konulabilmektedir. Herniografi sonuçları oldukça başarılıdır. Tedavi cerrahidir (19). Kasık fıtığı tanısı konmuş, tedavide konservatif yaklaşılan hastalarda başarı %38, cerrahi olarak tamiri yapılan hastalarda başarı %72-100 olarak bildirilmiştir. Cerrahi tedavi sonrası başarı ortalama %90 olarak kabul edilmektedir (6).

SİNİR SIKIŞMALARI:

Sinir sıkışmasına bağlı kasık bölgesinde ağrı görülebilir. En sık inguinal, gentofemoral, iliofemoral yada lateral cutanöz sinirler tutulur.

Hasta sinir dağılımında yanıcı, vurucu bir ağrı tarif eder. Kasığın öteki tarafında dokunma duyusu değişebilir. Ağrı kalçanın hiperekstansiyonu ile artabilir. Tanı ve tedavi lokal anestetik infiltrasyon ile siniri bloke edilmesi ile konur. Eğer blok başarılı ise ağrı sinir basısına bağlıdır. Aynı zamanda tedavi edici özelliğe sahiptir (14).

Siyatik sinir L4, L5 ve S1 basılarında kasık bölgesinde yansıyan ağrılara nederi olabilir.

KASIK AĞRILARININ DİĞER NEDENLERİ:

Vücudun birçok ayrı bölgesindeki problemler ya da bölgedeki diğer hastalıkları ya direkt yada yansıma ağrısı şeklinde kendini kasık bölgesinde gösterebilir (1, 9, 10, 14, 16, 17, 20).

A- İntraabdominal problemler: Özellikle akut apandisit M.rectus abdominus kas yaralanmaları ile karışabilir. Apandisitte istirahat halinde de ağrı olması ayırıcı tanıda önemlidir. Batın içi tümörlerde kasık ağrısına neden olabilir.

B- Genitoüriner Problemler:

- Prostatit
- Üriner sistem infeksiyonları
- Erkeklerde genital şişme yada inflamasyon (Epididimit, Hidrosetel, varikosel)
- Testis torsiyonu veya rüptürü
- Testis kanseri ve diğer neoplazmlar
- Over kisti
- Pelvik inflamatuvar hastalıklar (seksüel yolla bulaşan hast.)

C- Romatizmal Hastalıklar

- R. artirit
- Ankilozan Spondilit
- Rafter's sendromu
- Gut
- Monoartiküler Artrit

D- Vasküler Problemler

E- Metabolik Hastalıklar

F- Kemik İnfeksiyonları

- Osteomyelit
- Tüberküloz

G- Tümörler: Kasık bölgesinde hiçte nadir değildir. Sporculardaki kasık ağrısı 1-3 aydan daha fazla sürüyorsa tümör açısından konsültasyon istenmelidir. Osteosarkom, kondrosarkom, Maling schumman kasık ağrısı nedeni olabilir.

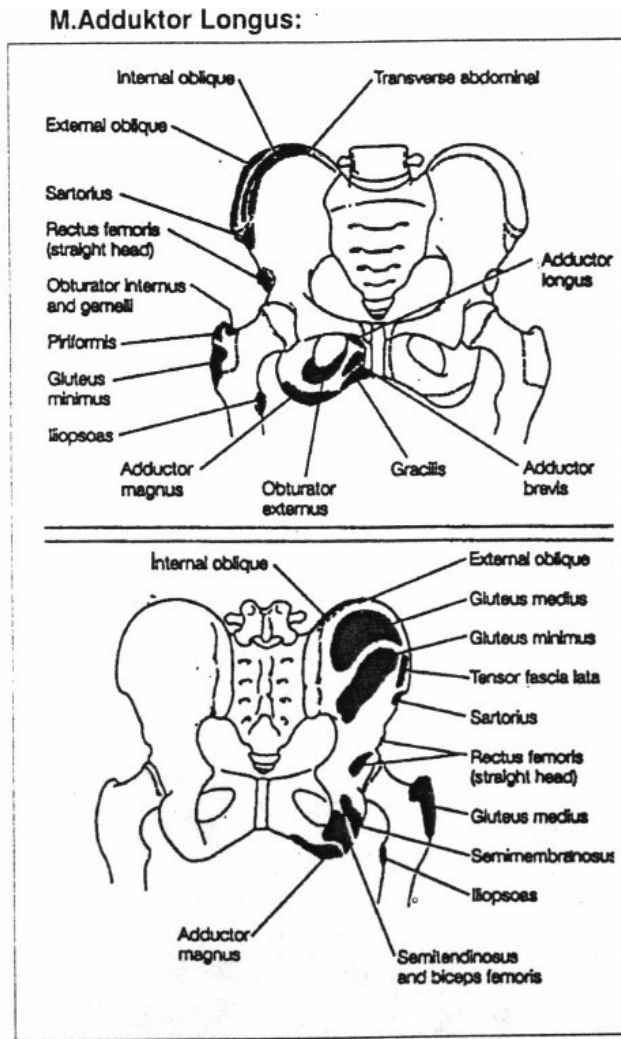
SONUÇ: Yukarıdaki metinde ayrıntıları ile gözden geçirildiği gibi oldukça geniş bir hastalık grubu kasık ağrısı nedeni olabilmektedir. Sporcuya zamanında tanı koyup gerekli tedaviyi düzenleyerek onu en kısa sürede tekrar aktivitelerine katılabilir hale getirmek ancak multidisipliner bir yaklaşım sonucu olabilmektedir.

Tanıda ayrıntılı bir anamnez ve iyi bir fizik muayenenin yanında, direkt radyografi, ultrasonografi, sintigrafi, CT, MR ve Herniografi gibi tetkikler yardımcı olmaktadır.

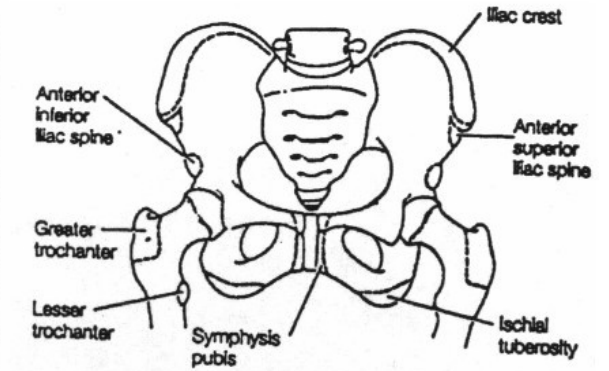
Doç.Dr. Mehmet ÜNAL

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi , Spor Hekimliği ABD

< Geri



Resim 1 : Kalça ve Pelvis Kaslarının yapışma yerleri. a- önden, b arkadan görünüm



Resim 2 Kalça ve pelvis apofizlerinin yerleri

Doç.Dr. Mehmet ÜNAL

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi , Spor Hekimliği ABD

KAYNAKLAR:

- 1- Akkurt Soner, Sporcularda KasıkAğırları, Spor ve Tıp 16-28, yıl:5, sayı:7-8, 1997İstanbul
- 2- Combs Jan A., Adolesanlarda Kalça ve Pelvis Avülasyon Kırıkları, Spor ve Tıp 35-40, yıl:3, sayı:4, 1995 İstanbul
- 3- Dahan Rickard, Rehabilitation of Muscle-Tendon İnjuries to The Hip, Pelvis and Groin Areas, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:326-333, 1997 Philadelphia
- 4- Ekberg Olle, Kesek Pavel, Besjakov Jack, Herniography and Magnnetic Resonance İmagging in Athletes with Chronic groin Pain, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:274-279, 1997 Philadelphia
- 5- Fricker Petter Allen, Osteitis Pubis, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:305-312, 1997 Philadelphia
- 6- Hackney Roger G., The Sports Hernia, Sports Med. And Arthroscopy Review 5: 320-325, 1997Philadelphia
- 7- Hölmich Per, Adductor-Related Groin Pain in Athletes, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:285-291, 1997 Philadelphia
- 8- Karlsson Jon, Jerre Rager, The Use of Radiography, MR and US in Diagnosis of Hip, Pelvis and Groin İnjuries, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:268-273, 1997 Philadelphia
- 9- Lieberman Gregory M., Harwin Steven F., Pelvis, Hip and Thigh., Commenn Sports İnjuries, Capte22, 306-334
- 10- Mess Michael, Black Kewin, Athletic İnjuriesm of The Hip and Pelvis, Rehabilitation in Sports Medicine Written by Canaven Paul K, capter 11:257-292, 1998 Stamloid
- 11- Mellion Morris B., Sports Medicine Secrets, Second Edition, 1999 Philadelphia
- 12- O'Brien Moira, delaney Maire, The Anatomy of The Hip and Groin, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:252-267, 1997 Philadelphia
- 13- Peterson Lons, Renstrtim Per, Sports İnjuries, Their Prevention and Treatment, 259-280, 1986London
- 14- Renstrtim Per A.F.H., Groin İnjuies: A Tıue Challenge in Orthopaedic Sports Medicine, Sports Med. And Arthoscopy Review 5:247-251, 1997 Philadelphia
- 15- Rolf Christer, Pelvis and Groin Stress Fractures; A Couse of Groin Pair, in Athletes, Sports Med. And Arthroscopy Review 5:301304, 1997 Philadelphia
- 16- Roos Herald P., Hip Pain in Sport, Sports Med. And Arthoscopy Review 5: 292-300, 1997Philadelphia
- 17- Ruane Joseph J., Rossi Thomas A., Kasık Ağrısı. Zorlanmadan Doğan Ağrının Ötesinde Olduğunda, Spor ve Tıp 21-29, yıl:7, sayı:l-2, 1999 İstanbul
- 18- Shephard Roy J., Anderson CoL Cames L., Orinkwater Barbara L., Year Book of Sports Medicine, 129-132, 1996
- 19- Smedberg Sam, Herniography and Laporoscopic Hernia Surgery: Developments in Diagnoss and Treatment of Hernias, Sports Med. And Arthoscopy Review 5:313-319, 1997 Philadelphia
- 20- Westlin Nils, Groin Pain in Athletes From Southern Sweden , Sports Med. And Arthoscopy Review 5: 280-284, 1997 Philadelphia