

# Sporcularda Kalça ve Kasık Sorunları

Selçuk ÖRSEL

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Kalça ve kasık ağrısı tüm yaralanmaların sadece %5'ini oluşturmasına rağmen sporcularda oyun zamanında ciddi kayıpların önemli nedenlerindedir. Bu sorunlar, uzayan rehabilitasyon süresi ve hatta sporu erken bırakmaya neden olabilir. Bu ağrıların tanı ve tedavisi spor yaralanmalarının zor ve karmaşık konularından birisidir. Bu nedenle yanlış tanıdan kaçınarak doğru tedavi stratejileri saptamak için bölgedeki patolojilerin bilinmesi ve uygun tanı metodunun geliştirilmesi gerekir.

## Ekstra-Artiküler Lezyonlar

### Kas yaralanmaları

Kalça ve kasıkta oluşan zedelenmelerin çoğunu kas strainleri oluşturur. Sıklıkla hasarlanma kas-tendon birleşkesinde oluşur. Adolesan atletlerde ise kas strainleri apofiziel avülsiyonlara neden olabilmektedir. Sıklıkla zarar gören kaslar sartorius, rektus, iliopsoas ve adduktor kaslardır. Rektus femoris kasındaki zedelenmede sıklıkla uyluğun ön tarafında, spina iliaca anterior superior'un yaklaşık 10 cm altında hassasiyet vardır. Diz ekstansiyonunda güçsüzlük de olabilir. Psoas gerginliği ise dış rotasyona karşı gösterilen dirençle anlaşılabilir. Direk grafilerle avülsiyonlar, MRG ile de kaslardaki yırtıklar ve kas içi kanamalar saptanabilir.



**Resim 1:** Adduktor longus yaralanmanın sık görüldüğü kaslardan birisidir.

Başlangıç tedavisi, hemorajinin ve ödemin istirahat ve soğuk ve kompresyonla önlenmesidir. NSAİ ilaçların kullanımı tartışmalıdır. Akut fazda tam ROM sağlanması sonrası güçlendirmeye odaklanılır.

### Avülsiyon kırıkları

En çok 14-17 yaş arası sporcularda rastlanır. Erkeklerde daha sık görülür. Ani şiddetli kas kasılması veya açık fiz hattında kasın aşırı gerilmesi sonucu oluşur. Eksternal travma genelde yoktur. Benzer bir aşırı yüklenme erişkinlerde kas yaralanmasıyla sonuçlanır. Avülsiyonlar en sık, sartoriusun çekmesiyle sipina iliaca anterior superiorıda, hamstringlerin çekmesiyle iskiyumda, iliopsoasın çekmesiyle trokanter minörde ve rektus femorisin çekmesiyle sipina iliaca anterior inferiorıda görülür.

Şiddetli ağrı şişlik, hassasiyet, ve kalçada ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı vardır. Röntgende avülsiyon görülebilir ancak ikincil ossifikasyon merkezleri oluşmamış çocuklarda röntgenin normal olması patolojiyi ekarte ettirmez. Tedavide istirahat ve soğuk uygulama yanında etkilenen kasın gerilmesini azaltacak şekilde bacağı pozisyon vermek hastanın semptomlarını ve apofizin daha fazla ayrışma riskini azaltır. Ağrı geçince rehabilitasyona başlanır. Hasta tekrar spora başlamadan önce yaralanan kas grubunun tam gücüne ulaşması sağlanmalıdır.

Aşırı ayrışma kaynamama ile sonuçlanabilir. Uzun süren ağrısı olan hastalara cerrahi girişim uygulanır, ancak bu risk taşıyan ileri derecede ayrışmış kırıklarda erken cerrahi girişim düşünülebilir.

### Atletik pubalji (Sporcu hernisi)

Tekrarlayan dönme hareketleri içeren futbol, tenis gibi sporlarla uğraşanlarda daha sık rastlanır. Son yıllarda profesyonel sporcularda insidansı belirgin şekilde artmıştır. Bunda sezon öncesi yüklenme programlarının da rolü olduğu düşünülmektedir. Alt ekstremitte kaslarını güçlendiren ancak pelvik ve abdominal kasları ihmal eden sporcularda bir imbalans oluşmaktadır.

Genellikle yavaş gelişen, tek taraflı kasık ağrısı mevcuttur. Bazen hastalarda akut bir yırtık hissi olabilir. Çoğunlukla ağrıya sadece egzersiz sırasında rastlanır.

Klinik olarak tanı konabilecek bir herniye rastlanmaz. Konjoint tendon üzerinde, pubik tüberkül üzerinde ve midinguinal alanda hassasiyet olabilir. En sık rastlanan bulgu zorlamalı bacak adduksiyonu sırasında oluşan ağrıdır (88%), %22'sinde ise pubik hassasiyet vardır. Valsalva manevrası sırasında da ağrı oluşabilir.

Konservatif tedavi istirahat, NSAİ ilaçlar ve fizik tedaviyi içerir. Kortikosteroid enjeksiyonu önerilmemektedir. Fizik tedavi programı güçlendirme ile karın ve kalça kas dengesizliğini giderme üzerine kurulmalıdır. Cerrahi tedaviye ancak 9-12 haftalık fizik tedavi ile şikayetler giderilemezse başvurulur. Ameliyattan 8 hafta sonra hastalar spora dönebilirler.

### Osteitis pubis

Simfizis pubisi tutan ağrılı inflamatuvar bir durumdur. Tipik olarak futbol, hokey gibi sporlarda tekrarlayan tekmeleme veya kalça abduksiyon/adduksiyon hareketleri ile oluşur. Ürolojik veya jinekolojik enfeksiyon gibi travmatik olmayan nedenlerinin de bulunabileceği unutulmamalıdır.

Sporcular sekonder kas semptomlarıyla, özellikle kalça adduktorlarının spazmıyla başvurabilirler. Dikkatli bir inceleme ile simfizis pubisdeki hassasiyet fark edilebilir. Radyografide başlangıçta bulgu olmamakla birlikte birkaç hafta sonra pubiste tek veya çift taraflı skleroz görülebilir. Sintigrafide erken dönemde aktivite artışı gözlenir, MR incelemede çevre dokuda ödem görülebilir.

Tedavide NSAİ ilaçlar ve ağrı oluşturan hareketlerden sakınarak aktivite modifikasyonu uygulanır ancak düzelme aylar sürebilir. Cerrahi tedavinin sonuçları tartışmalıdır.

### Bursit

En sık trokanter majör üzerinde rastlanılır. Ayrıca trokanter minörde psoas bursasında ve bazen de iskial çıkıntıda rastlanır. Sık kullanıma bağlı olarak tahriş olma söz konusudur. En sık geniş pelvisli kadınlarda çıkıntılı olan trokanter majörden kaynaklanır. Ayrıca koşucularda orta hattı geçen tekrarlayan adduksiyon da buna neden olabilir.

Bazı vakalarda tanıda zorluk çekilebilir. Genellikle kalça, uyluk ve bacadaki yaygın ağrı vardır. Bu ağrı proksimal ve distale yayıldığında lomber sinir kökü kompresyonunu taklit ederek akut bel ağrısı ile karışabilir.

Psoas bursitinde tanısında zorluk çekilebilir. Kalçanın dirence karşı fleksiyonu ağrıya neden olur. Hastaların bir bölümü kalçada atlamadan şikayet edebilir.

Bursitin tedavisinde istirahat germe egzersizleri ve NSAİ ilaçlar kullanılabilir.

Dirençli vakalarda ise kortikosteroid enjeksiyonu uygulanabilir. Yakınmaları halen devam eden hastalar cerrahi eksizyondan fayda görür.

### Koksa saltans (Snapping hip)

Egzersiz veya günlük aktiviteler sırasında kalçanın fleksiyonu ve ekstansiyonu sırasında duyulabilen bir atlama ile karakterizedir. Bu duruma ağrı eşlik edebilir.

Eksternal ve internal tip olarak ikiye ayrılır. Eksternal tip sıklıkla iliotal bandın trokanter majör üzerinde atlaması sonucu oluşur. İnternal tip ise genellikle iliopsoas tendonunun femur başı üzerinden atlaması sonucu oluşur.

Atlama kalçanın fleksiyonu ve ekstansiyonu sırasında olur. İnternal *snapping* duyulabilirken eksternal *snapping*'de atlama görülebilir. İnternal *snapping* yatarken oluşturulabilirken eksternal *snapping* ayakta daha rahat oluşur. İnternal *snapping* sıklıkla femur başı seviyesinde iliopsoas tendonuna bastırarak azaltılabilir. İnternal *snapping* genellikle ağrısızken eksternal *snapping*'de trokanterik bursite bağlı olarak ağrı oluşabilir.

Görüntüleme nadiren sonuç verir. MR artrogram intraartiküler patolojilerden ayırmakta faydalı olabilir.

Semptomatik vakalarda istirahat, aktivite modifikasyonu, germe-güçlendirme egzersizleri, NSAİ ilaçlar ve bazen kortikosteroid enjeksiyonu yararlı olabilir. Dirençli vakalarda endoskopik veya açık cerrahi uygulanabilir.

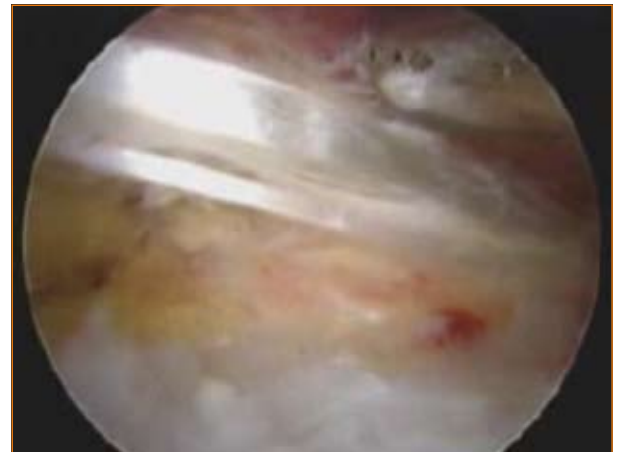
### Stres kırıkları

Stres kırıkları en çok uzun mesafe koşusu gibi kronik tekrarlayan hareketler içeren sporları yapan kişilerde görülür. Bayanlarda 4 ile 10 kat daha sık rastlanır. Uzun mesafe koşan kadınlarda sık görülen amenore, kemik mineral yoğunluğunu belirgin şekilde azaltır.

Aktivite ile artıp istirahatle artan ağrı yakınması vardır. Kemik remodele olana kadar röntgende patoloji saptanamayabilir. Kemik sintigrafisi bu lezyonların tanısında duyarlıdır ancak son zamanlarda benzer duyarlılığa sahip MRG daha çok kullanılmaya başlanmıştır.

Pelvis kırıkları genellikle stabildir ve konservatif tedaviye iyi cevap verir. Tedavide kişinin aktivitesini semptomlar ortaya çıkmayacak şekilde ayarlamak gerekir. Genellikle tam düzelme olur, ancak bu 3-5 ayı bulabilir. Çoklu veya tekrarlayan stres kırıklarında osteopeniye neden olabilecek faktörler araştırılmalıdır.

Femur boynu kırıklarında farklı bir yaklaşım sergilenmesi gerekir. Bu hastalar kas ağrısı semptomlarıyla başvurabilir. Medial taraftaki lezyonlar kompresif güçlere maruz



Resim 2: İliopsoas tendonunun artroskopik görüntüsü

kaldığından daha stabildir ve konservatif olarak tedavi edilebilirler. Cerrahi girişim konservatif tedaviye rağmen semptomatik kalan hastalarda veya femur boyununun çoğunu içeren büyük lezyonlarda uygulanır. Lateral taraftaki stres kırıkları tensil güçlerle karşılaştığından ayrışma riskiyle karşı karşıyadır, bu nedenle bu kırıklara erken cerrahi girişim uygulanması gerekir.

## Sinir sıkışmaları

### Piriformis sendromu

Siyatik sinirin pelvis dışında büyük siyatik çentik bölgesinde basıya uğramasıyla meydana gelir. Primer formu tamamen piriformis kası içinden kaynaklanan sebeplerden oluşur. Sekonder tip ise dış basılardan kaynaklanır.

Kalçanın kaba bölgesinde ağrı tipiktir. Bazen diz altına yayılabilir ve siyatik ağrısı ile karışabilir. Oturmaya karşı intolerans olabilir. Sert zeminlerde otururken rahatsızlık duyulabilir. Kalça rotatorlarını kullanırken de ağrı artar.

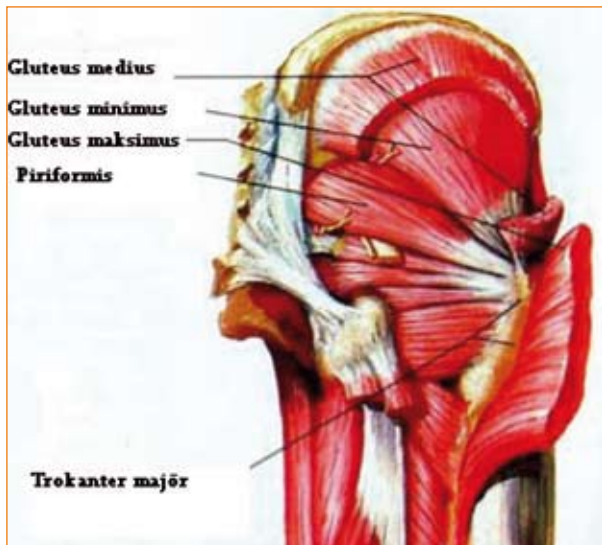
Spinal kanaldan kaynaklanan tüm patolojiler ekarte edilmelidir. Hasta supin yatırıldığında bacağını dış rotasyonda tutmak ister ve buna piriformis işareti denir. Neredeyse tüm hastalarda büyük siyatik foramen üzerinde hassasiyet mevcuttur. Pace, Friberg ve FADIR testleri pozitif olabilir.

MRG ile kitle basıları saptanabilir. Nörofizyolojik testler tanıda yardımcı olabilir. Tedavide NSAİ ilaçlar ve kas gevşeticiler ağrı ve inflamasyonu azaltır. Yakınmaları devam eden hastalara lokal anestetik ve kortikosteroid enjeksiyonu uygulanabilir. Dirençli vakalarda cerrahi serbestleştirme yararlı olur.

### Pudental sinir kompresyonu

Kasık ağrısına ve his kaybına neden olabilir. Otururken artan ağrı ayakta dururken ve sırtüstü yatarken azalabilir. Perineal bölgede ve genital bölgede ağrı olabilir.

Genellikle yarış bisikletçilerinde rastlanır. Tanı hikayeye konabilir. Tedavide ekipman modifikasyonu yapılabilir.



**Resim 3:** Siyatik sinir piriformis kası içinde sıkışabilir.

Fayda görülmezse son olarak açık cerrahi ile gevşetme düşünülebilir.

### Obturator sinir kompresyonu

Atletlerdeki kasık ağrısının son zamanlarda tanımlanmış nedenlerinden biridir. Tekrarlayan tekmeler yan yan hareketler ve dönüşler bu probleme neden olabilir. Pubik çıkıntı üzerinde adduktor kas yapışma bölgesinde ağrı olabilir. Bulgular non spesifiktir. EMG ile adduktor kasların denervasyonu saptanabilir. Konservatif tedavide NSAİ ilaçlar, istirahat, masaj, US ve aktivite kısıtlaması denenebilir.

### Meraljia parestetika

Lateral femoral kutanöz sinirin kompresyonu veya hasarlanması ile meydana gelebilir. His kaybı, ağrı, yanma, dokunma ve ısı duyarısında bozulma olabilir. Dokunma ile semptomlar artar. Konservatif tedavi olarak NSAİ ilaçlar, kilo kaybı ve dar giyim engellenebilir. Kortikosteroid ile anestetik enjeksiyonu yardımcı olabilir.

Semptomlar kabul edilemez boyutlara ulaştığında cerrahi girişim düşünülebilir.

## Intra-Artiküler Lezyonlar

### Serbest cisimler

Eklemdeki serbest cisimler ağrıya yol açabilir ve *snapping hip* fenomenini taklit edebilir. Ön kasık ağrısı, takılma ve kilitlenme atakları, aktivite sırasında ağrı olması eklem için serbest cisim şüphesi uyandırmalıdır.

Travmatik yaralanmalarda ya da çıkıklarda kalça semptomlarının varlığında büyük oranda serbest cisimlerden şüphelenilmelidir. Travma ile birlikte Perthes hastalığı, osteokondritis dissekans, AVN, sinovyal kondromatozis ve osteoartritte eklem içinde serbest cisimler görülebilir. Asetabulum kırıklarının kapalı tedavisinde ya da kalça çıkığı tedavisi sonrası BT ile tespit edilen serbest cisimlerin erken dönemde çıkarılması gerekir.

Radyografiler genellikle serbest cisimleri göstermez. Fakat kalsifiye olmayan lezyonlar düz grafilerde



**Resim 4:** Kalçadaki serbest kırık parçalarının artroskopik olarak çıkarılması



**Resim 5:** Normal kalça eklemine ait MR artrografi ve artroskopik görüntüsü

görülmeyebilir. BT taraması MR'a kıyasla serbest cisimleri göstermekte daha etkilidir. Serbest cisimler travma sonrası izole lezyon halinde bulabileceği gibi, sinovyal kondromatoziste olduğu gibi bir çok lezyon şeklinde de görülebilir.

Her ne kadar artrotomi ile görülerek çıkarılabilirse de morbiditenin yüksek olması ve kalça çıkığı riski artrotominin önemli dezavantajlarıdır. Kalça artroskopisi serbest cisimlerin çıkarılmasında çok başarılı bir metodur. Travmayı takiben gelişen mekanik semptomlar serbest cisimleri, kondral hasarı ya da labral yaralanmayı düşündürmelidir. Her ne kadar BT taraması serbest cisimleri en iyi gösterse de MR artrogram labral patolojileri daha iyi göstermektedir.

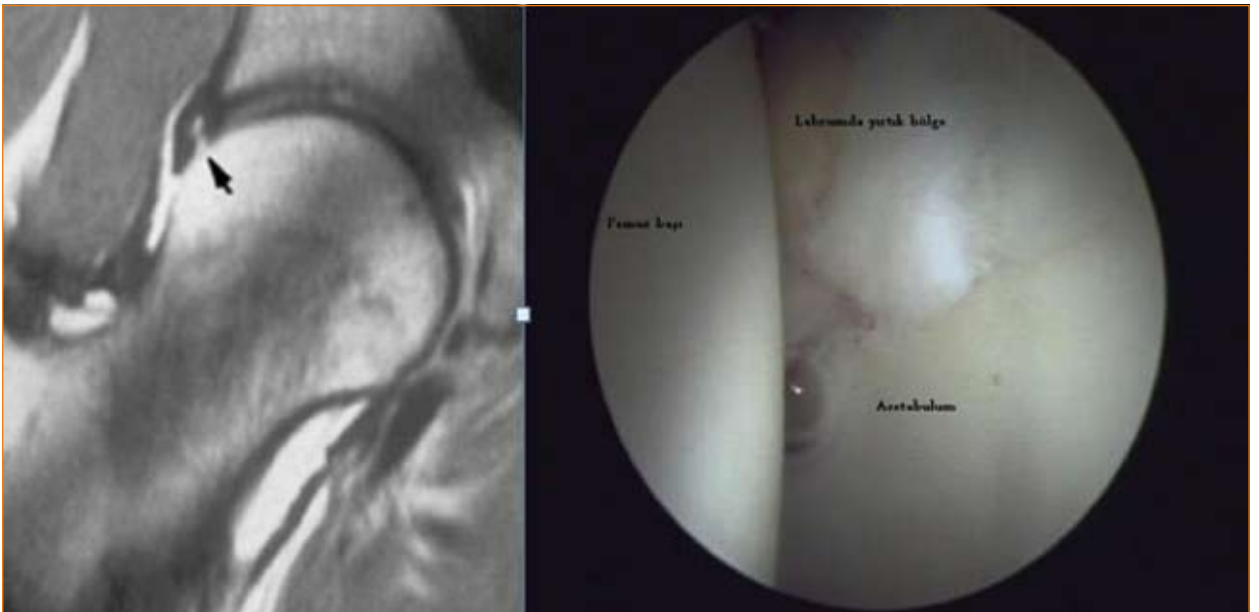
Eklem içi kemik veya kırık parçalar ya da eklem yüzeyindeki basamaklar kalçada osteoartritik değişikliklere neden olabilmektedir. 10 yıllık takipler sonrasında kalça çıkığı olgularının %25-55'inde osteoartrit gözlenmek-

tedir. Bu nedenle serbest cisimler geciktirilmeden açık ya da artroskopik olarak çıkarılmalıdır. Minimal invazif olması ve morbiditesinin az olması kalça artroskopisini serbest cisimleri çıkarmakta avantajlı kılmaktadır.

### Labrum yırtıkları

Asetabular labrum asetabulumu çepeçevre saran üçgenli fibrokartilaj bir yapıdır. Transvers ligamanın olduğu inferior kısımda yoktur. Femur başının lateral hareketinde yapısal destek görevi görür, eklem stabilitesini artırır ve eklem bütünlüğünü sağlar. Menisküse benzer bir şekilde sinovyal sıvının yayılmasını sağlar ve proprioepsiyonda etkilidir.

Labrumun yırtılması eklemde biomekanik özelliklerini bozar. Sporcuların spor sırasında kalçalarına binen yükler, yırtık bir labrum varlığında ağrıya yol açar. Labral yırtığı olan hastalar genellikle mekanik semptomlar gös-



**Resim 6:** Labrum yırtığının MR artrografi ve artroskopik görüntüsü (MR artrogramda yırtık bölge okla gösterilmiştir.)



**Resim 7:** Ligamentum teresin artroskopik görüntüsü

terirler. Atletlerde aktiviteyle artan pozisyonel ağrıya yol açabilirler.

Travmatik labral yırtıklar en sık dış rotasyonda ve hiper ekstansiyondaki kalçaya dışardan uygulanan güç sonrası oluşur. Labral yırtıklar travmatik-akut ya da kronik-dejeneratif olabilirler. Kalça sıkışma sendromunda labrumun anteriosuperiorunda kronik yüklenmeye bağlı dejeneratif yırtık oluşturabilir.

Dejeneratif labral yırtığın derecesi arttıkça buna bağlı olarak asetabulumda yada femur başında erozif değişikliklerde artmaktadır. Artritik lezyonlar genellikle labral yırtığa yakın bölgelerde (labrokondral bileşkede) gözlenir.

Travmaya sekonder gelişen labral yırtıklar genellikle travmanın olduğu lokalizasyondadır. Örneğin posterior dislokasyon sonrası oluşan labral yırtıklar genellikle posterior labral yırtıklardır. Eğer dislokasyon sonrasında fragman oluşursa genellikle kapsüler bölgede ya da periferde olur. Minör travma sonrası ise genellikle anteriorda ya da merkezde yırtık oluşur. Sporcularda genellikle idiyopatik yırtıklar gözlenir.

Radiografiler labral lezyonları göstermede başarısızdır. MR artrografi MRG'ye göre daha iyi sonuç verir. MRG'de sensitivite %65-80 iken MR artrografide %88-95'tir.

Tedavide yırtıklar artroskopik olarak mümkünse dikilir, dikilemeyen yırtıklar ise eksize edilir. Menisküste olduğu gibi dış 1/3 kısım vaskülarizedir.

Dejeneratif eklem hastalığının eşlik etmediği labral yırtıkların tedavisi daha başarılı sonuçlar vermektedir.

### Ligamentum teres rüptürü

Femur başı ile asetabulumu birbirine bağlayan ligamentum teres çocuklarda femur başı beslenmesine katkıda bulunur. Erişkinlerdeki fonksiyonu ise tartışmalıdır.

Kalça çıkığı sonrası görülen ligamentum teres rüptürü, bazen majör bir travma olmaksızın da görülebilir. Hastalarda kasık veya uyluk ağrısı, yük verme sırasında tıklama şikayeti olur. Tanıda fizik muayenede belirgin bir bulgu saptanmadığı gibi görüntüleme yöntemleri de genellikle yardımcı olmaz.

Artroskopik debridmanla hastalar rahatlarlar.