

Futbol Oyuncularında Dizin Eklem Dışı “Az Bilinen” Sorunları

Dr. Haluk H. Öztekin

Dr. Bülent Zeren
İzmir, TÜRKİYE



Amaç

1. Futbol oyuncularında az bilinen ve sıklıkla gözden kaçabilen diz çevresi sorunlarını vurgulamak
2. Sorunların biyomekanik nedenlerini saptamak
3. Tedavi protokolü geliştirmek
4. Koruyucu yöntemleri ortaya koymak

Yöntem

2002-2008 yılları arasında “Spor Yaralanmaları Kliniğimize” başvuran hastalar arasından futbol oyuncularını seçilerek dosyaları geriye dönük incelendi.

Çalışma, Dr. Bülent Zeren’in kliniğinde gerçekleştirilmiştir.

Yöntem

Bu hastaların(N=5380) arasından, diz eklemi içi patolojileri mevcut olan hastalar ile akut MCL yaralanmaları dışlandı.

Kronik(2-3 aydan fazla)ve eklem dışı yakınmaları olan hastalar(N=754) çalışmaya dahil edildi.

Yöntem

Tanı yöntemlerinde, detaylı öykü alımı, detaylı diz muayenesi, klasik röntgen tetkikleri, BT, 3D-BT, MRG, Kemik Sintigrafisi, periferik anjiyografi, romatizmal tarama testleri, ısı ve lokal anestezi testleri kullanıldı. Diz çevresi ağrılarının sınıflamasında en basit yöntem seçilerek anatomik sınıflama(Anterior, posterior, medial, lateral ve lokalize edilemeyen bölge) kullanıldı.

Sonuçlar

2002-2008 arası spor yaralanmaları
polikliniğimizde görülen toplam hasta sayısı 5978
5380 (%90) futbol oyuncusu

Toplam diz olguları: 2906(%54)

Diz eklemi içi ve akut MCL yaralanması:
2152(%74)

Kronik diz çevresi ağrılı olgular: 754(%26)

Tüm yaralanmalardaki görülme sıklığı % 12,6

Sonuçlar

<u>Eklem dışı yakınma</u>	<u>N=754</u>	<u>N= 5380</u>
Medial diz ağrısı	321	%6
Lateral diz ağrısı	263	%5
Anterior diz ağrısı	162	%3
Lokelize edilemeyen ağrı	5	%0.09
Posterior diz ağrısı	3	%0.05

Medial diz ağrısı

Tanılar	N	Rehab.	Enjeksiyon
<u>MCL proksimal</u> <u>uç sendromu(MCL-PUS)</u> <u>(Futbolcu MCL si?)</u>	321	195	126



Lateral diz ağrısı

Tanılar	N	K. Tedavi	C. Tedavi
ITBS	262	237	28
İnsizyonel Nörinom	1	+	

Anterior diz ağrısı

Tanılar	N	K. Tedavi	C. Tedavi
Patellar tendinozis	152	133	19
Semptomatik Patella Bipartita	10	5	5

Lokelize edilemeyen diz ağrısı

Tanımlar	N	K. Tedavi	C. Tedavi
Bölgesel ağrı Send.	3	+	
Osteojenik sarkom	2		+
(İkisi de femur lateral kondil yerleşimli , 1 olguda artroskopi yapılmış)			

Posterior diz ağrısı

Tanılar	N	K. Tedavi	C. Tedavi
Popliteus Tendinozis	1	+	
Os Fabella sendromu	1	+	
Popliteal arter SS?	1		+

(Patoloji posteriorda, ancak semptomlar distalde)

Tartışma

- Bu konuda literatürde futbol yaralanmalarına özgü çok az yayın var, randomize çalışma yok.
- En çok bildirilen tanılar:
 1. ITBS
 2. Patellar tendinozis
 3. Popliteus tendinozis
 4. Os fabella sendromu
 5. Eklem dışı tümörler

Tartışma

Bizim serimiz futbol spesifik! En çok görülen
“Futbolcu MCL si”

Görülme sıklığı:

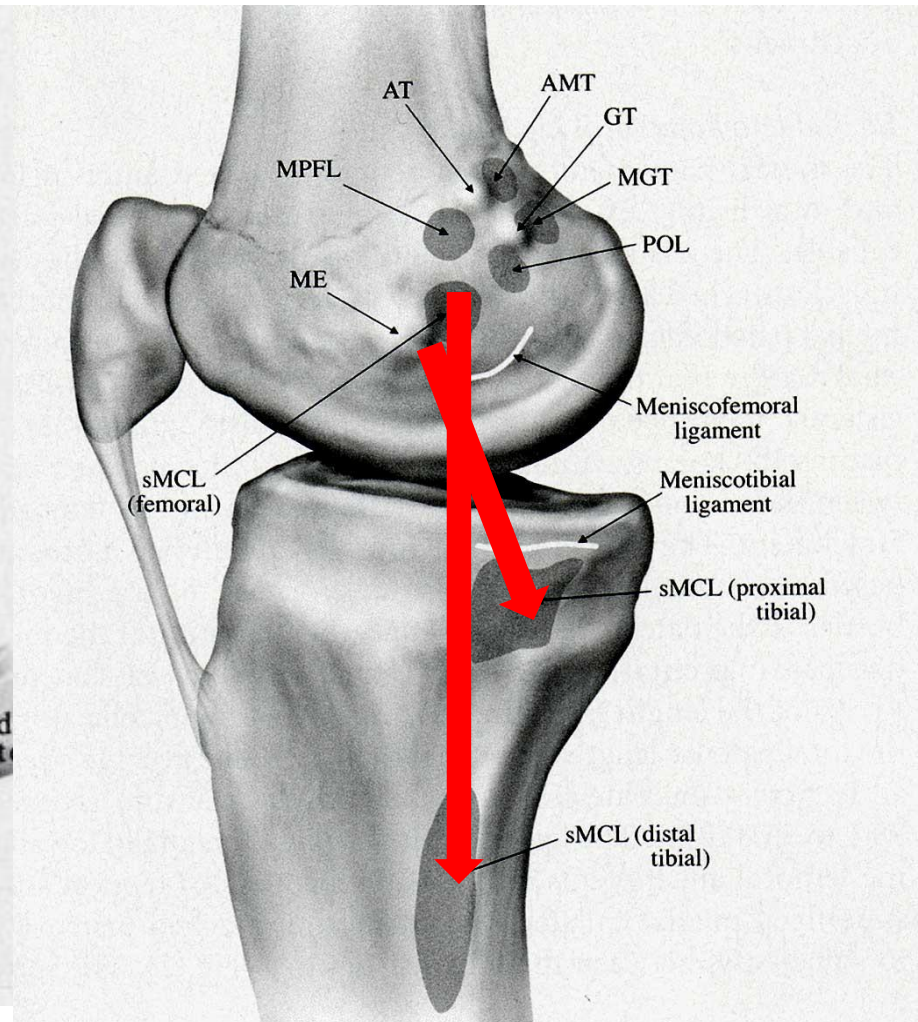
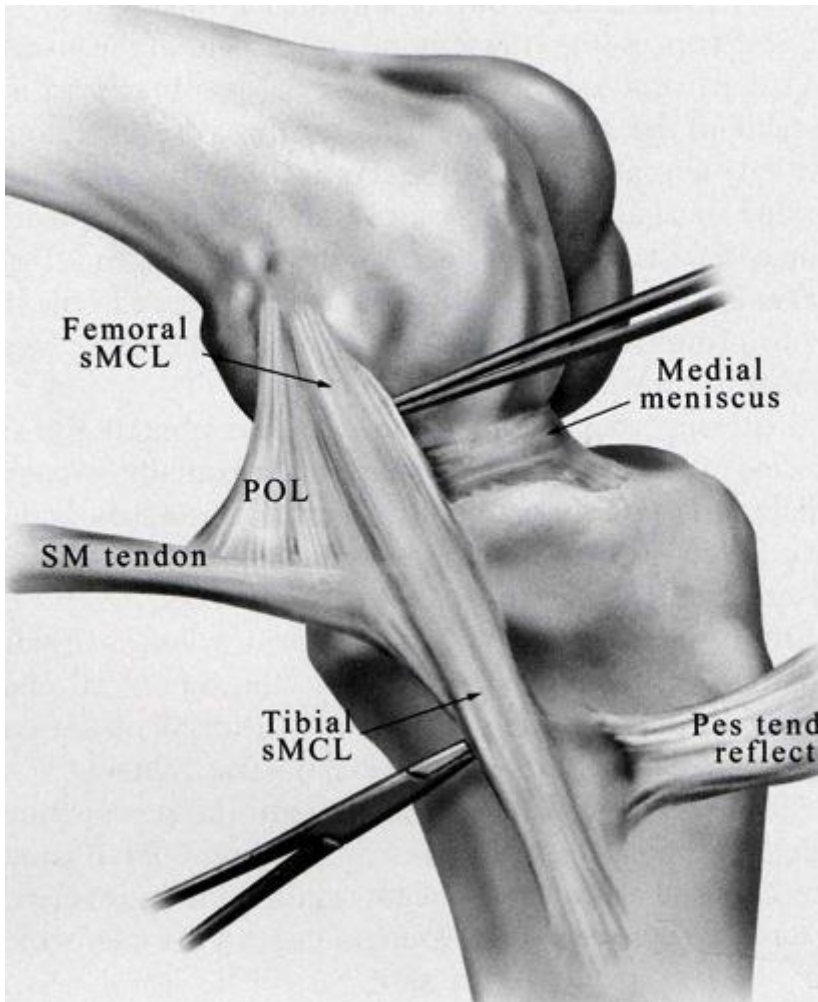
- 1.MCL proksimal uç ağrısı (Futbolcu MCL si)
- 2.ITBS (Lateral)
- 3.Patellar tendinozis (Anterior) görülmekte.

Strain in the Human Medial Collateral Ligament During Valgus Loading of the Knee

John C. Gardiner, PhD; Jeffrey A. Weiss, PhD*;
and Thomas D. Rosenberg, MD**,***

Kadavradaki kinematik alıřmalar
MCL nin en ok yaralandığı blgenin,
diz valgus ve tam ekstansiyonda
proksimal insertiyonu olduėunu
gstermiřtir.

Anatomi





Contents lists available at [ScienceDirect](#)

The Knee



Persistent symptoms following non operative management in low grade MCL injury of the knee – The role of the deep MCL

Luke Jones ^{a,*}, Quamar Bismil ^b, Faisal Alyas ^c, David Connell ^c, Jonathan Bell ^d

^a Oxford Deanery, 38 College Court, Queen Caroline Street, London, W6 9DZ, United Kingdom

^b South-West Thames, Apartment 62, Juniper Drive, Battersea Reach, London, SW18 1TZ, United Kingdom

^c Royal National Orthopaedic Hospital, Brockley Hill, Stanmore, Middlesex, HA7 4LP, United Kingdom

^d Department of Orthopaedics, Kingston Hospital NHS Trust, Galsworthy Road Kingston upon Thames Surrey, KT2 7QB, United Kingdom

JBJS Br 2010



Injury to the proximal deep medial collateral ligament

A PROBLEMATIC SUBGROUP OF INJURIES

A. Narvani,
T. Mahmud,
J. Lavelle,
A. Williams

*From the Chelsea and
Westminster
Hospital, London,
England*

Most injuries to the medial collateral ligament (MCL) heal well after conservative treatment. We have identified a subgroup of injuries to the deep portion of the MCL which is refractory to conservative treatment and causes persistent symptoms. They usually occur in high-level football players and may require surgical repair.

We describe a consecutive series of 17 men with a mean age of 29 years (18 to 44) who were all engaged in high levels of sport. Following a minor injury to the MCL there was persistent tenderness at the site of the proximal attachment of the deep MCL. It could be precipitated by rapid external rotation at the knee by clinical testing or during sport. The mean time from injury to presentation was 23.6 weeks (10 to 79) and none of the patients had responded to conservative treatment. The surgical finding was a failure of healing of a

MCL proksimal uç sendromu

Futbolcu MCL si??

Futbol travmatolojisiinde henüz popülaritesi yok. MCL evre I-II strain' den farklı kliniği var. Ağrı kronik, instabilite yok; yüzeysel MCL gibi 6-8 haftada iyileşmiyor, egzersizle provoke oluyor. MCL proksimal origosunda hasta şimşekvari ağrı tanımlıyor. USG ve MRG bulgusu yok, olsa bile sadece ödem rapor ediliyor. Yaralanma mekaniğini simüle eden tüm testler olumlu. Özellikle prone pozisyonda eksternal rotasyon testi çok önemli.

1.Jones ve ark., *The Knee*, 2009.

2.Narvani ve ark., *JBJS Br*, 2010.



Swain testi





MCL proksimal uç sendromu

Tedavi

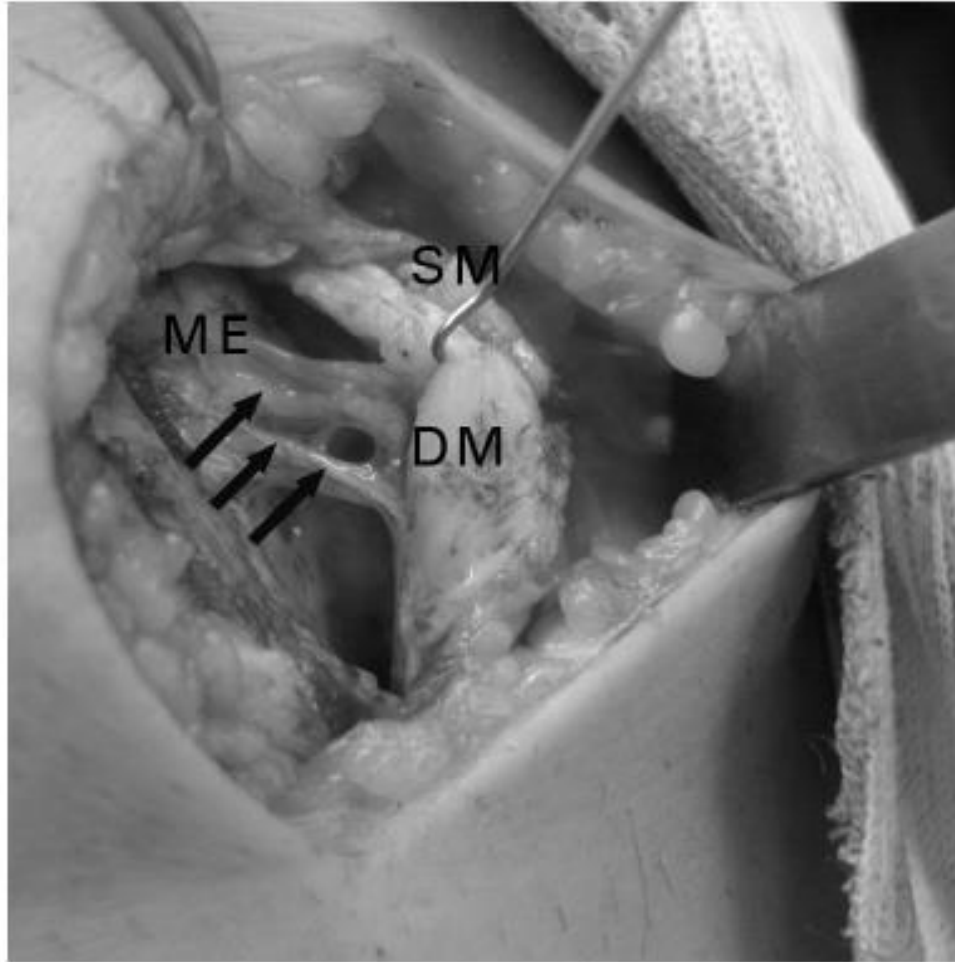
2009-Jones ve ark. > Konservatif tedavi, depokortizon veya hipertonic glikoz ile mükemmel sonuç(N=34, kanıt seviyesi 4).

2010-Narvani ve ark. > Cerrahi tedavi. Derin MCL proksimalindeki hasarı onarıyorlar (N=17, kanıt seviyesi 4, klinik takip, RCT değil)

Serimizde birer hafta ara ile çoklu mikroperforasyon, 3. hafta ise gerekirse LA+depokortizon ile mükemmel sonuç alınıyor (N= 126, kanıt seviyesi 4, klinik gözlem, RCT değil)

PRP ve ESWT uygulanabilir, bizim bu bölgeye uygulamamız yok.

Cerrahi



Narvani ve ark., *JBJS Br*, 2010

ITBS

En çok uzun mesafe koşucularında ve bisikletçilerde görülmekte. Ancak, ülkemizde futbolcularda da yaygın. Serimizdeki insidansı genel futbol yaralanmalarında %5 . Etiyolojide genu varum, prone ayak, pes cavus, kısalık, zemin etkili^{1,2}. ITB ın LFK üzerinde yineleyen sürtünmesi ile ortaya çıkan bir over-use sendromu. Egzersiz sonrası provoke edilmiş ağrılı olgularda, lokal anestezi testi mükemmel sonuç vermekte. Profesyonel futbolcуда 3 aylık FT den sonra yakınmalar geçmez ise cerrahi düşünülmeli³. Cerrahi: LAA ITB gevşetme.

1. Renne, *JBJS*, 1975

2. Noehren ve ark., *Gait and Posture*, 2007

3. Zeren, Kişisel görüşme, 2012



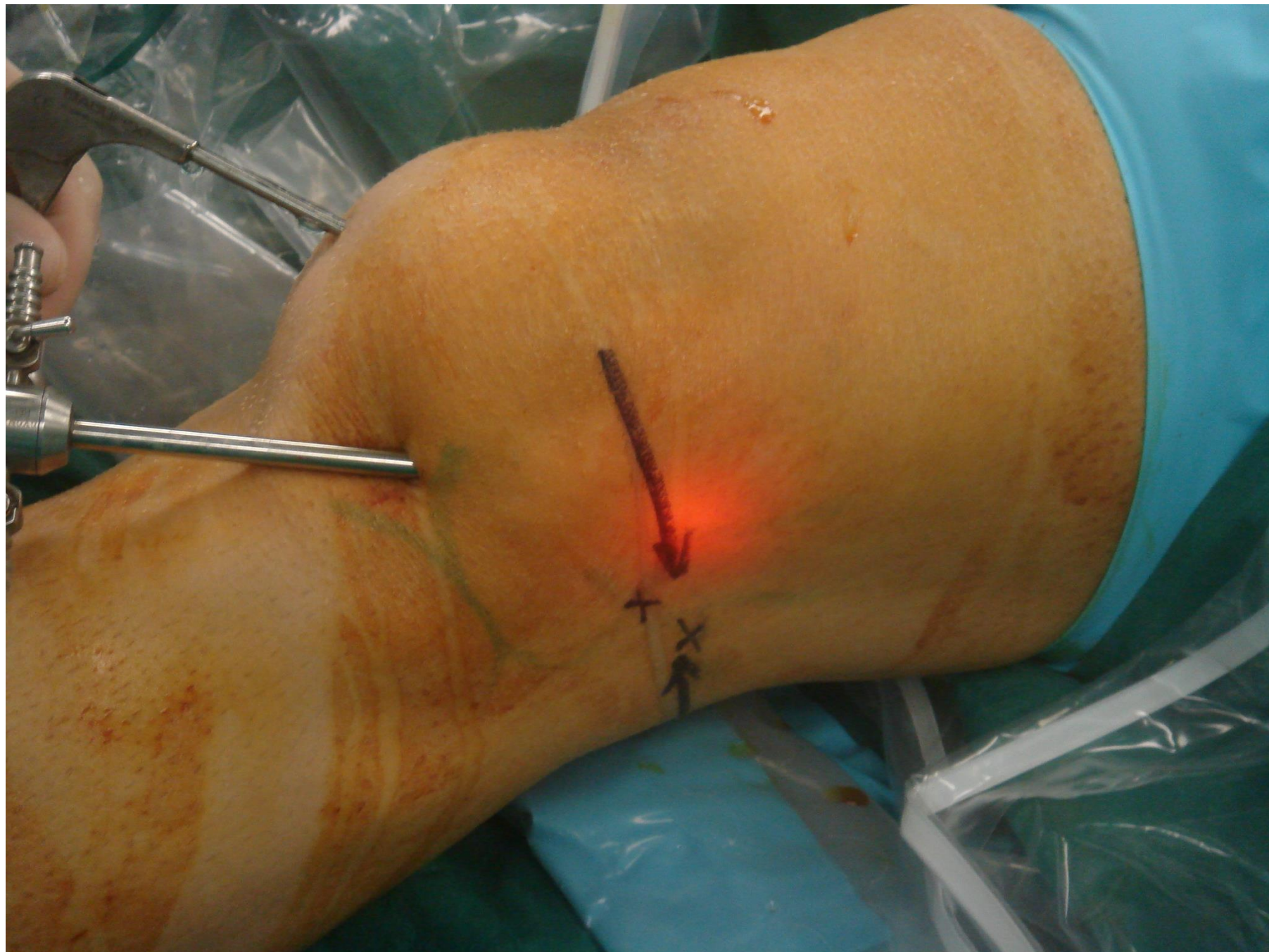
ITBS

Cerrahi tedavi tercihan LAA yapılmalı.

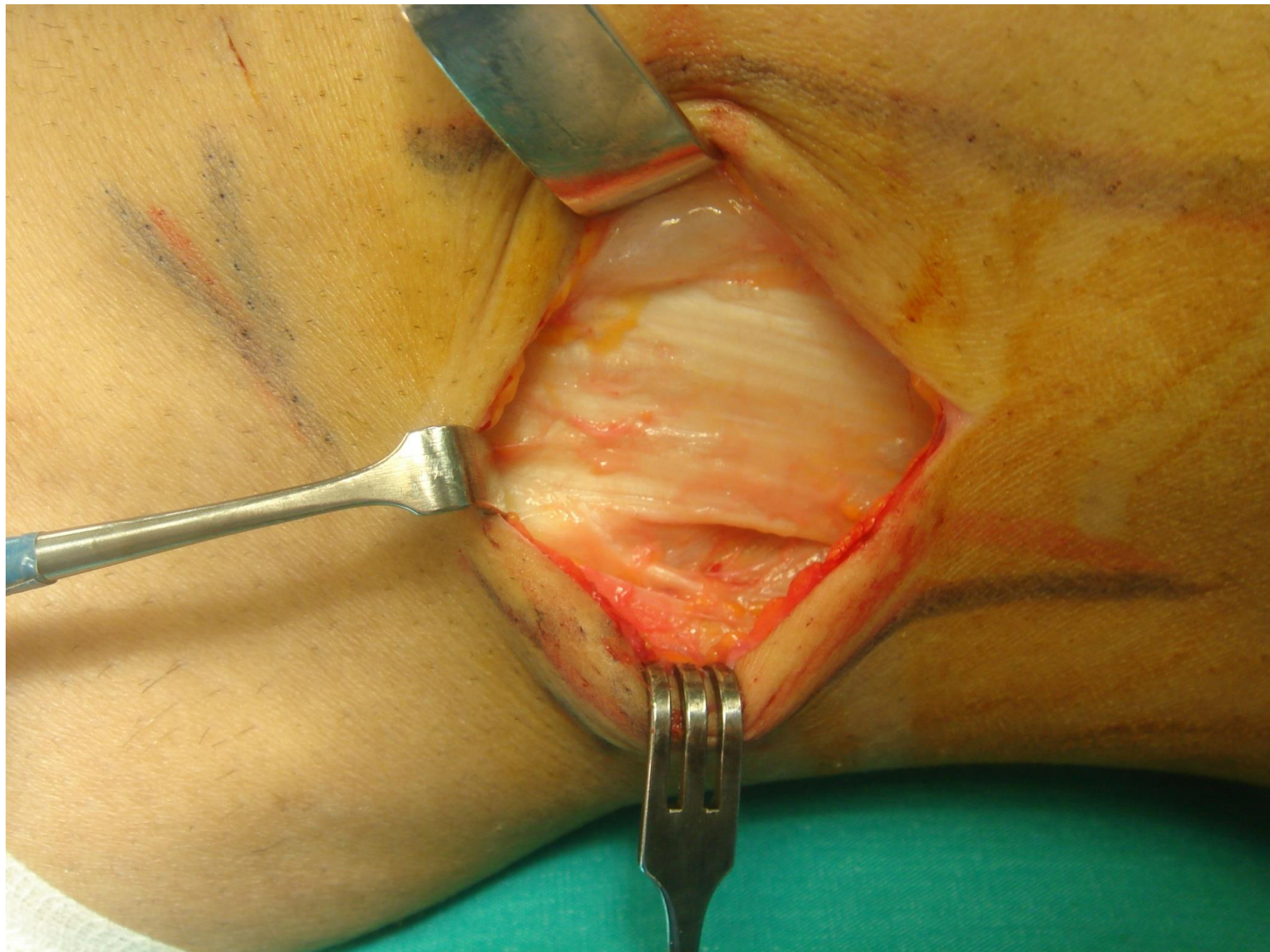
Daha önceden tespit edilmiş ağrılı noktadan yapılan longitudinal insizyon ile tabanı ITB ın posteriorunda 1.5 cm. genişliğinde, yüksekliği 1 cm. olan ters V şeklinde fasiektomi yapılır.

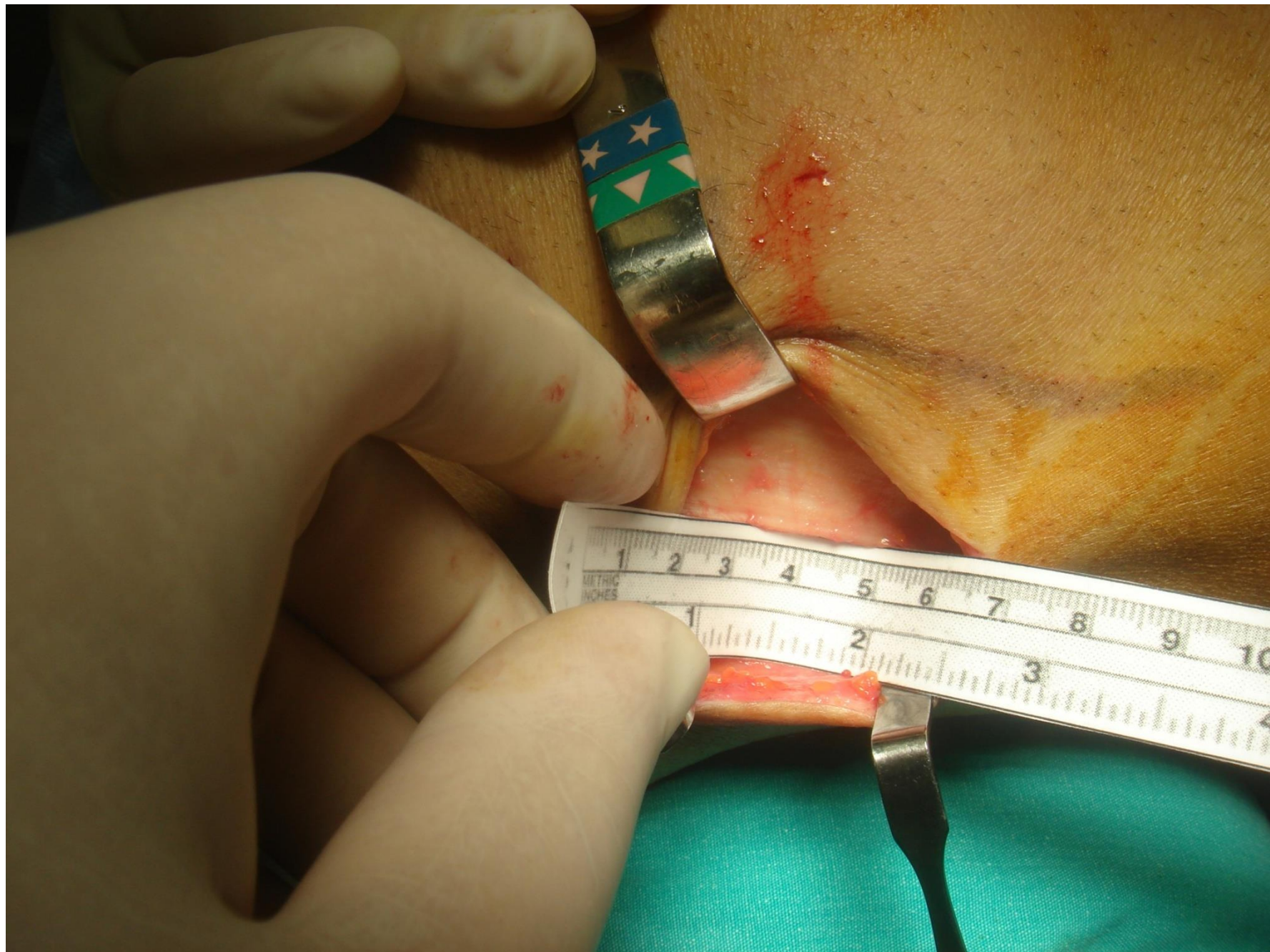
Son zamanlarda ellipsoid fasiektomiyi tercih etmekteyiz. (Literatür. koy!)

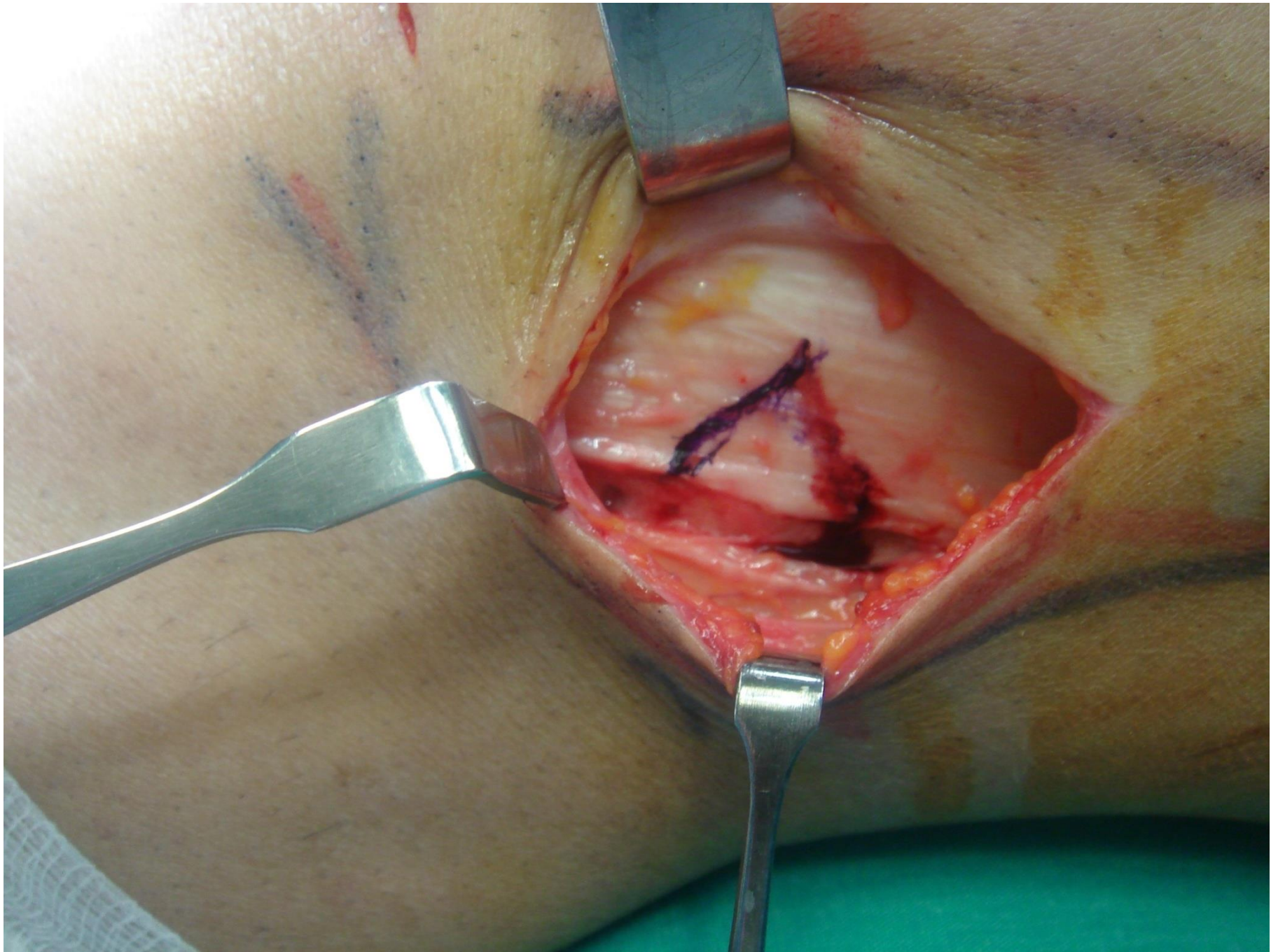


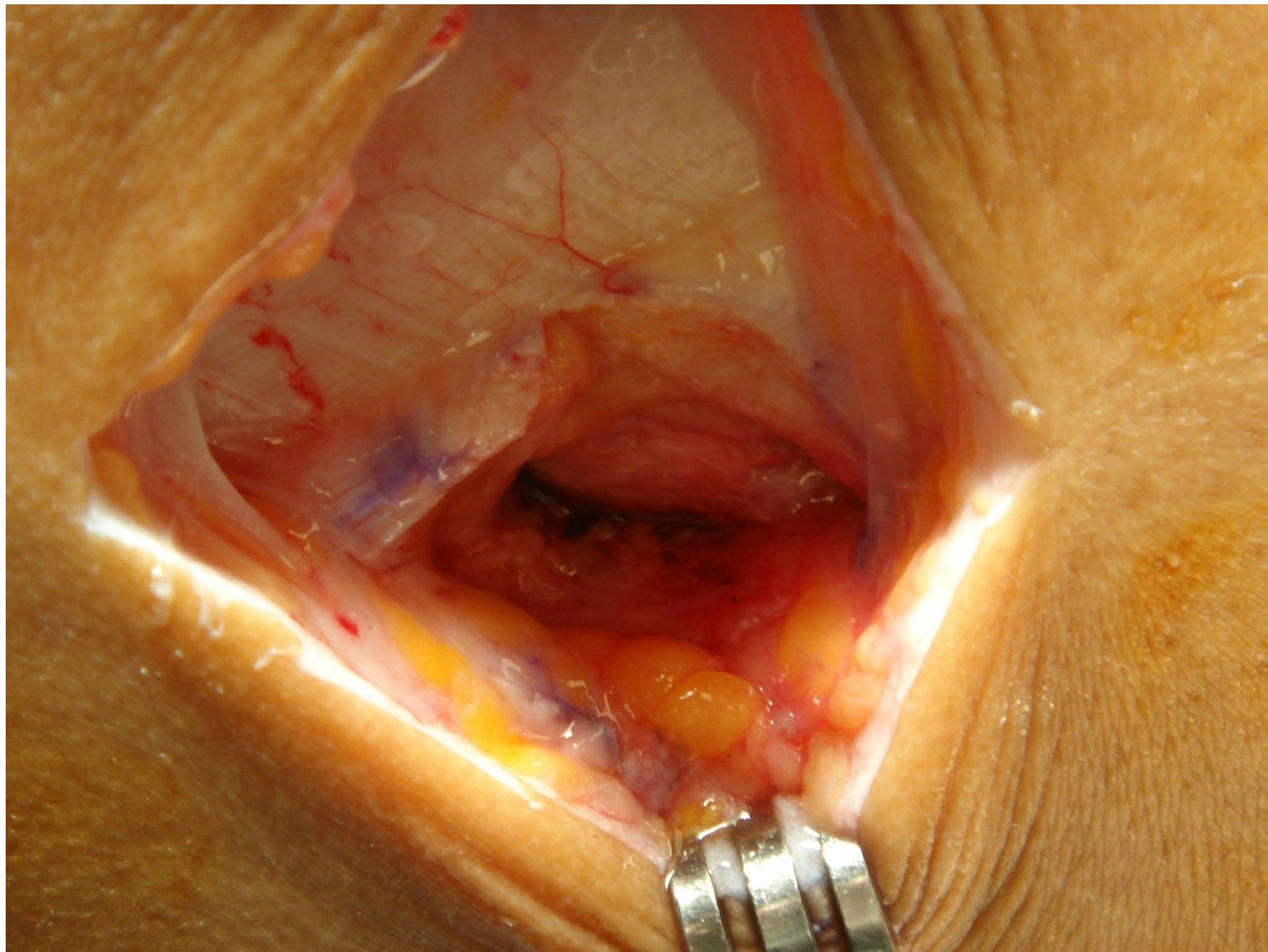












Patellar tendinozis

Sıçrama-atlama sporlarında, ani hız kesmeler gerektiren sporlarda çok tipik. Özellikle sezon öncesi kroslardan sonra akla gelmeli.

Genelde patella distal kutup hassas. Gövdede ve distalde de olabiliyor. Son dönemlerde PRP uyguluyoruz, hiç kortizon uygulamadık. İnatçı olgularda proksimal uç posteriorunda fat pad' e bakan granülasyon dokusu eksize edilmeli; yaygın 1/3 orta tendinoziste ise bölümün tümüyle eksizyonu ve gerekirse mikrodrilleme yapılmalıdır.

BATISTA

474474

27-Nov-06

10:59:00

VFX13-5

SUP MSK

25fps

GEN/11.4 MHz

39dB/DR60

MapE/VEOff

RS3/SCOff

VI 9/7



PATELLA





diason - Dr.Hakan OZDEMIR
25/09/06 07:31:05 PM ADM

YUCETAS, Ergin
250906.072338.PM

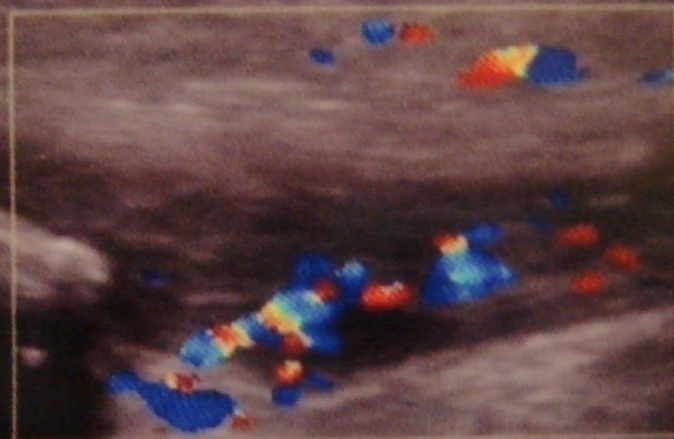
MI 0.9

Tls 0.3

M12L

MscSkel

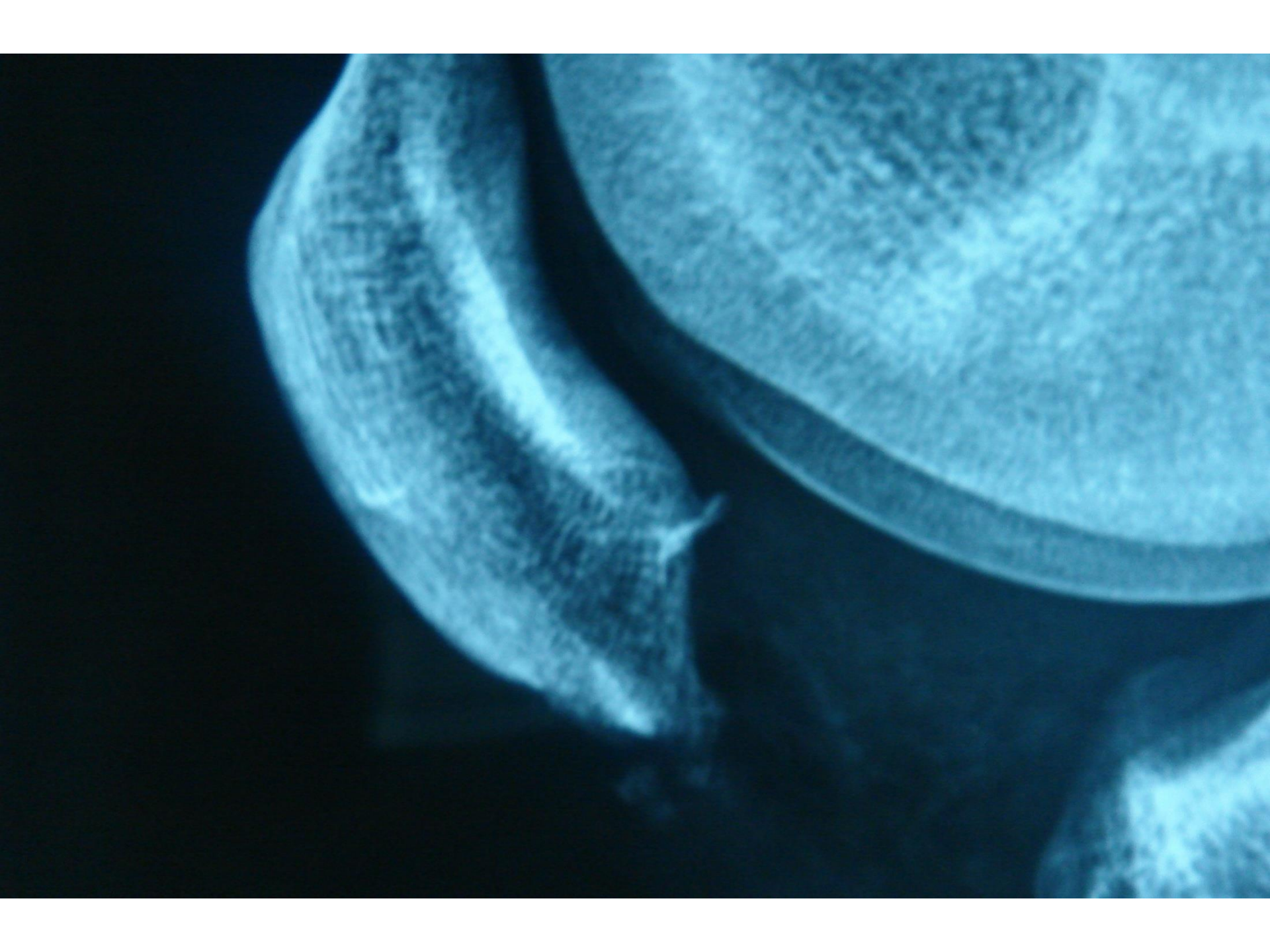
GE
L9



B CHI
Frq 14.0 MHz
Gn 64
S/A 2/1
Map H/1/1
D 3.0 cm
DR 72
FR 15 Hz
1- AO 100 %

II CF
Frq 7.5 MHz
Gn 47
L/A 1/7
2- AO 100 %
PRF 0.6 kHz
WF 56 Hz
S/P 2/14

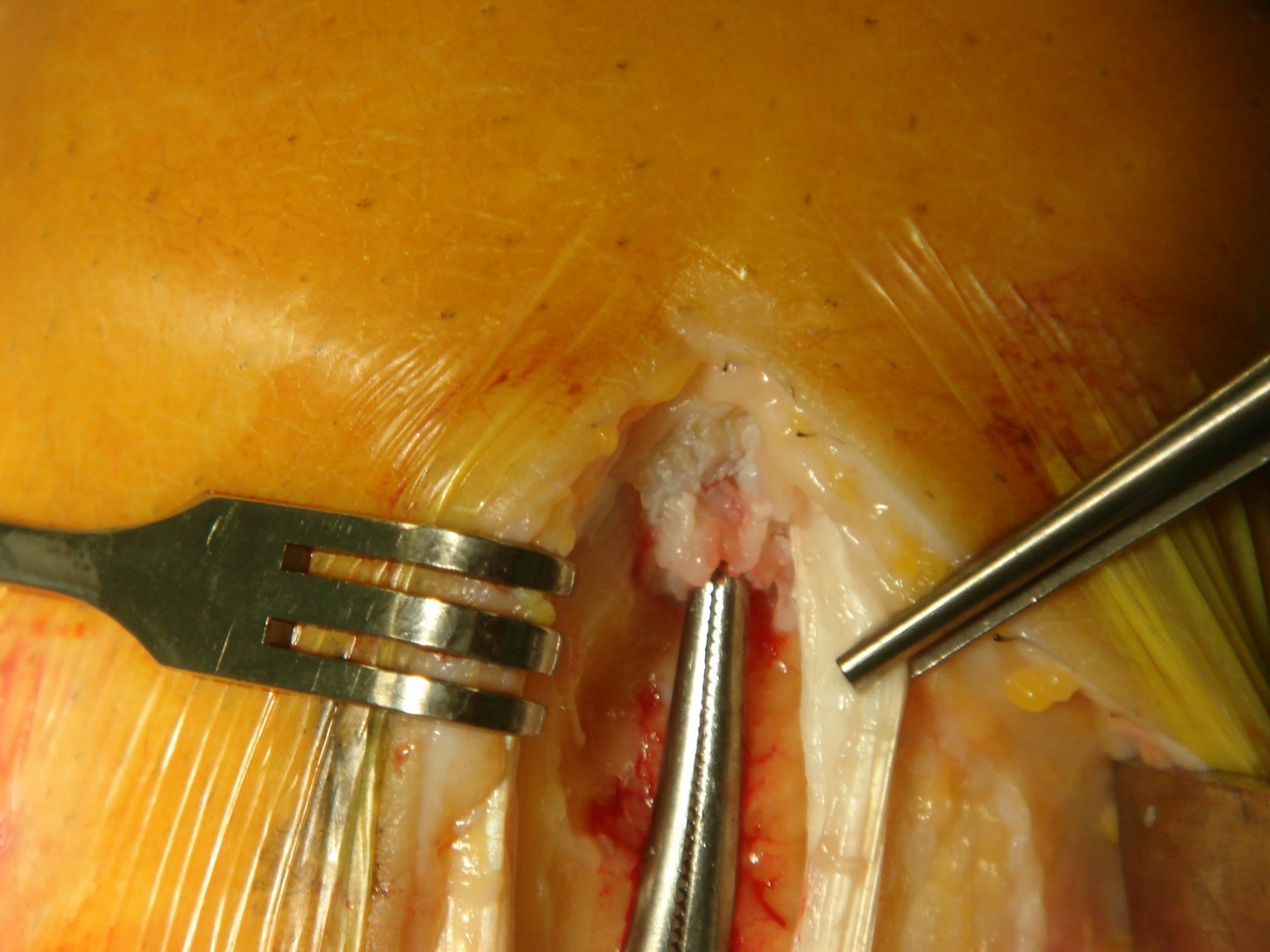
3-

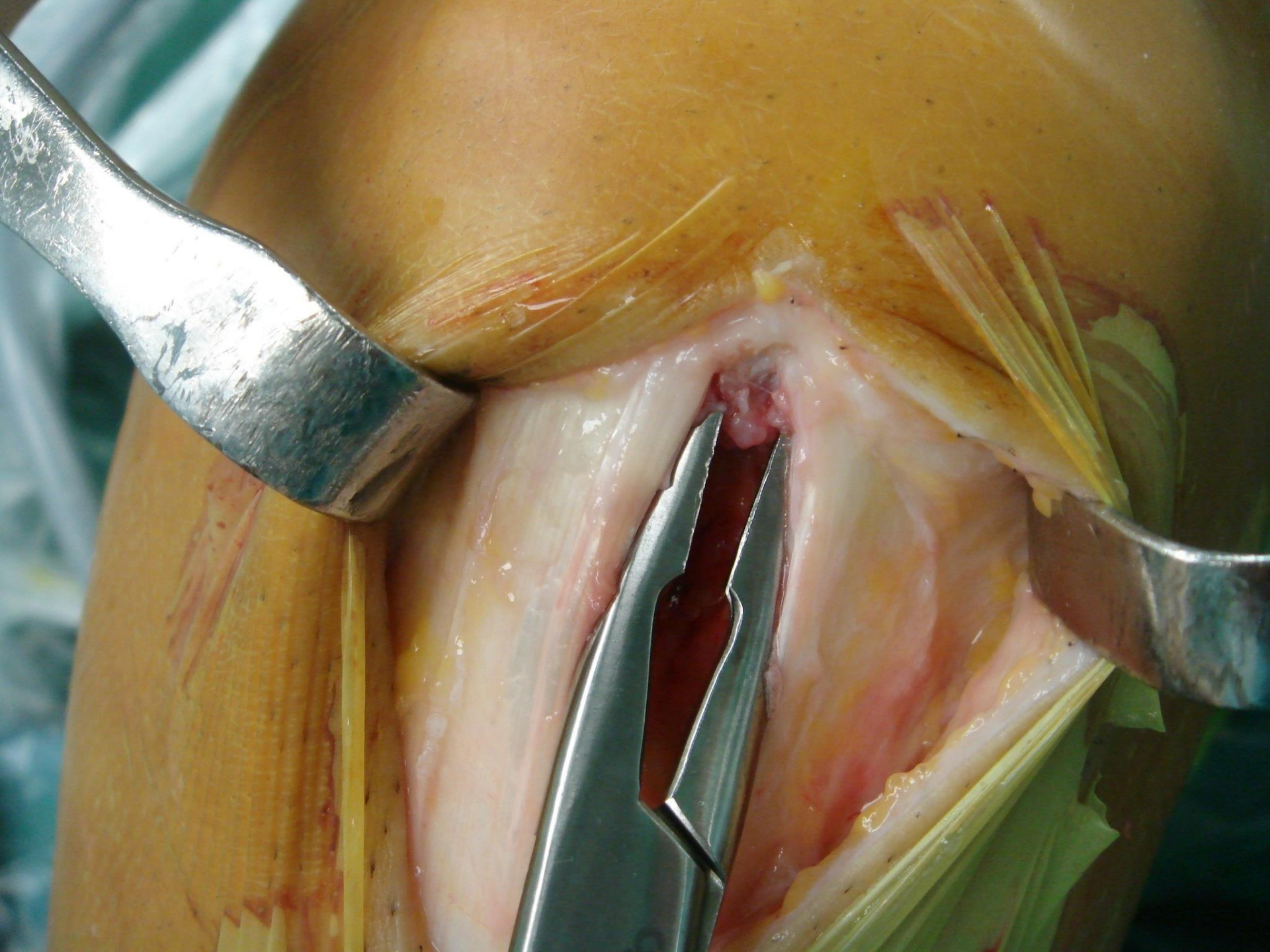








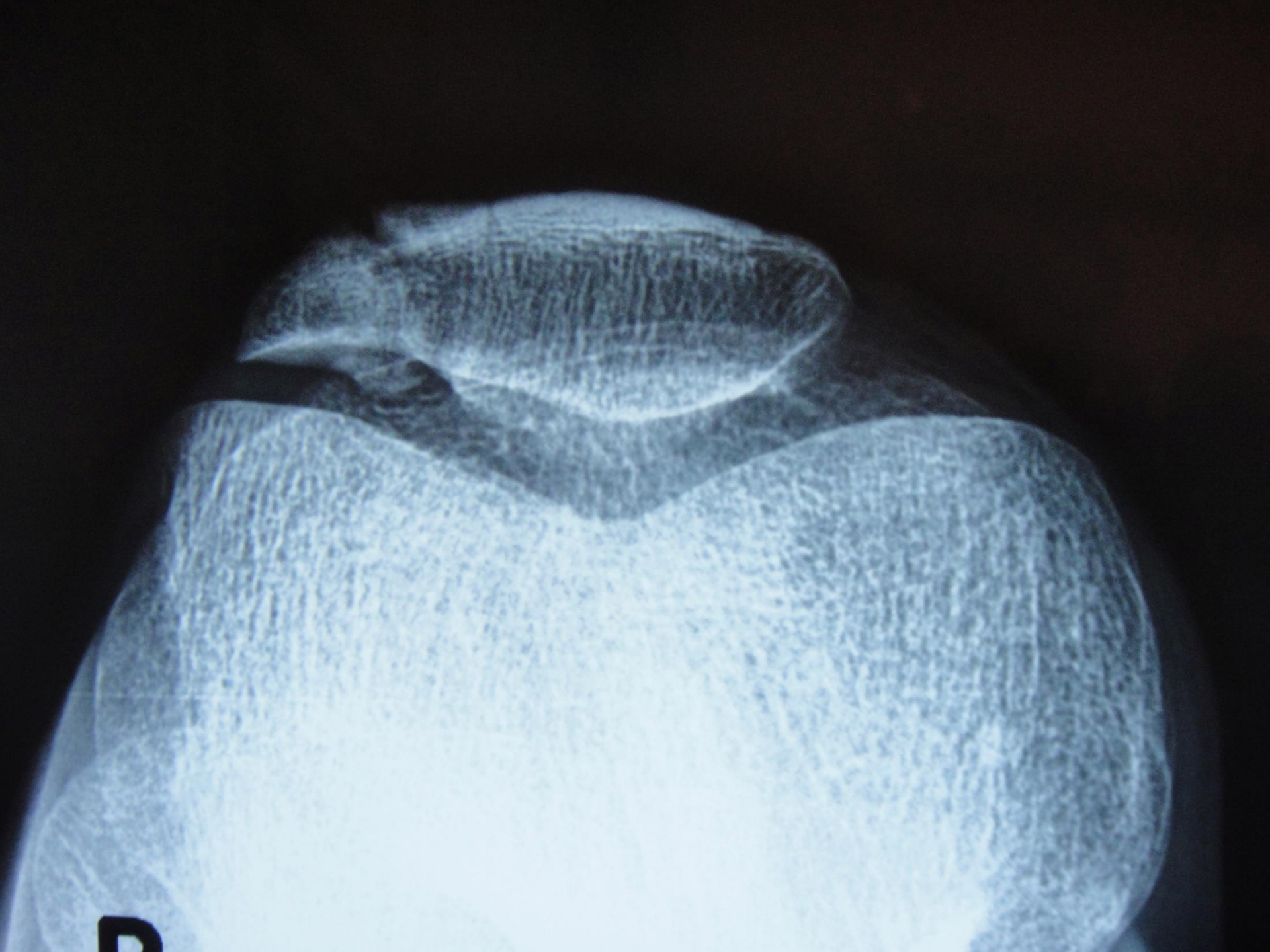


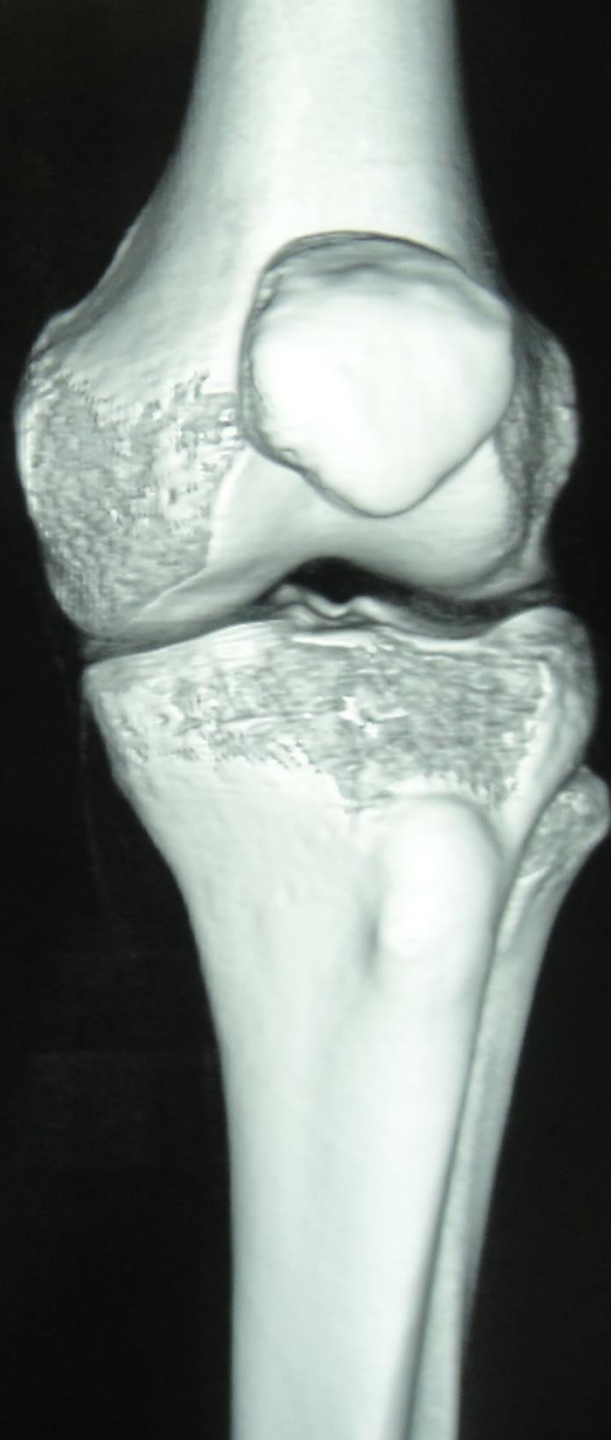
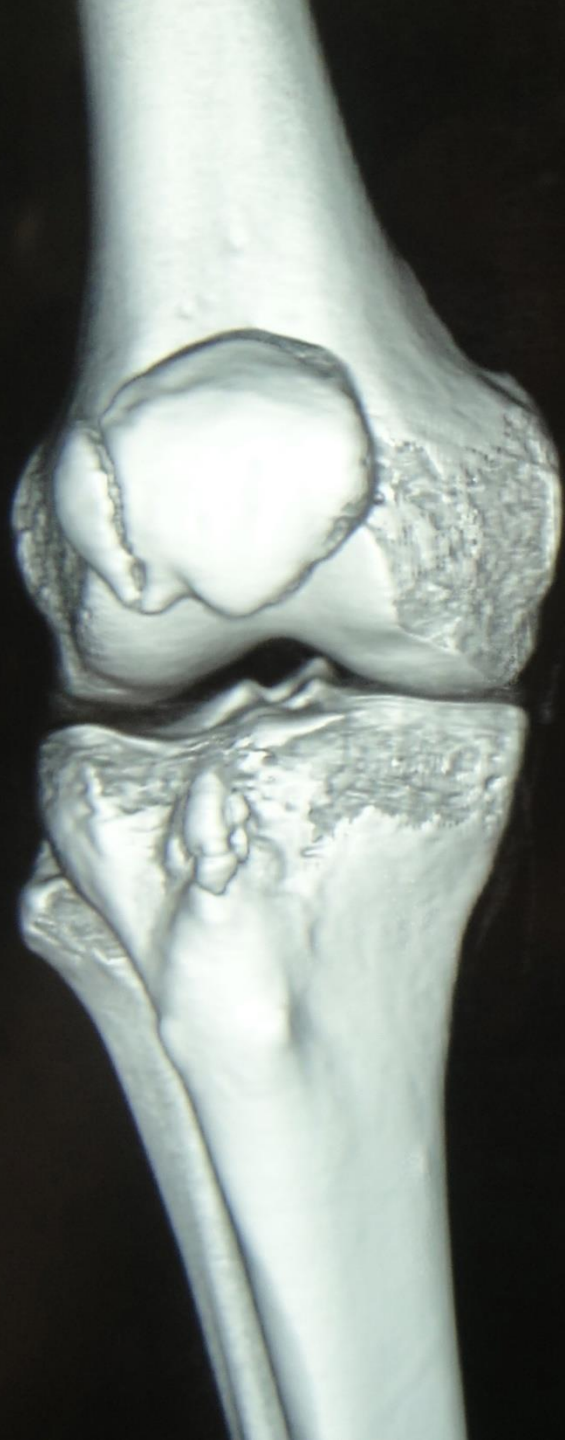


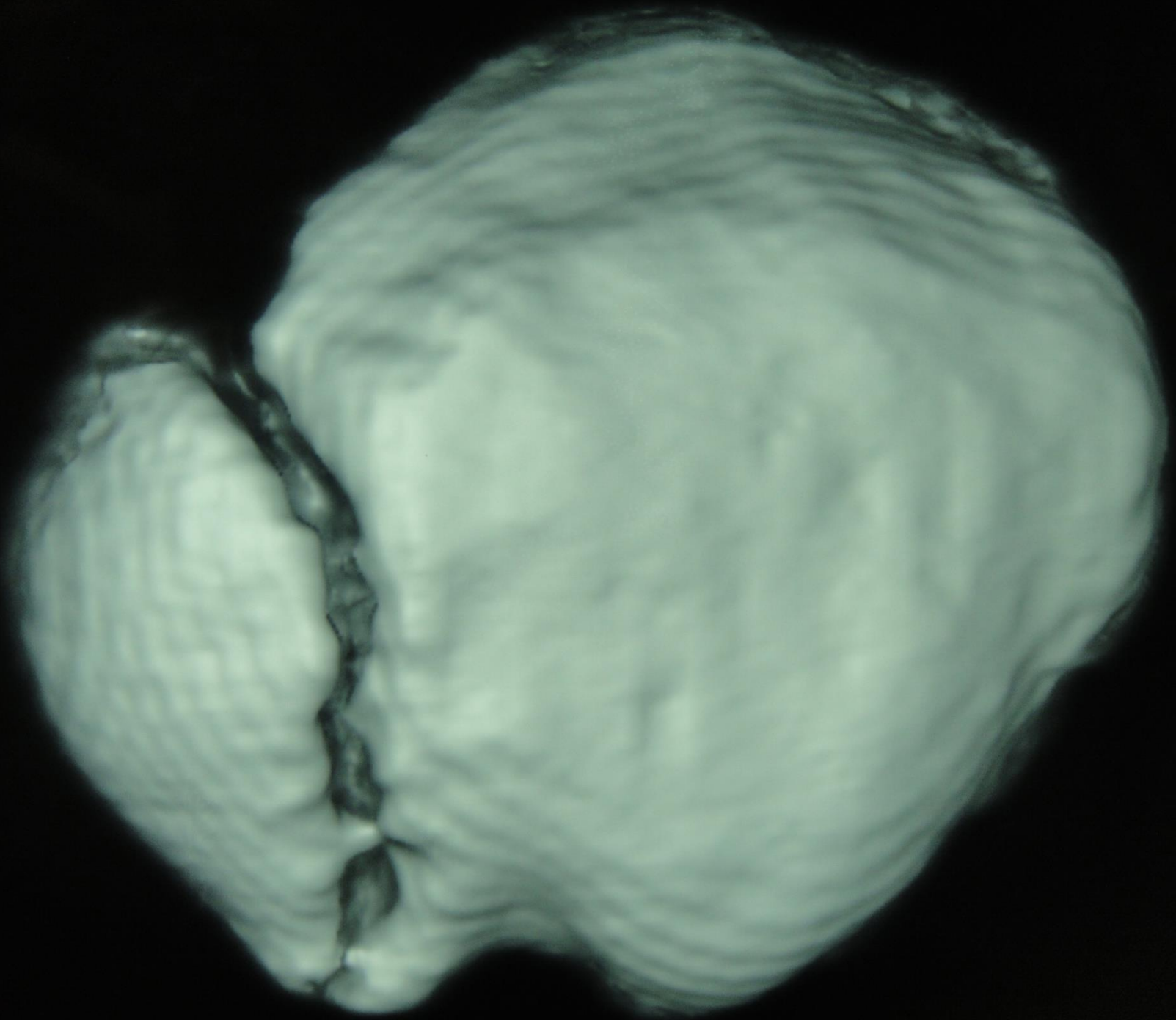
Semptomatik Patella Bipartita

Kronik diz önü ağrılarında mutlaka akla gelmelidir. Fragman küçük ise eksizyon, gerekirse match-stick greftleme yapılmalıdır.









Popliteal Arter Sıkışma Sendromu(PASS)

Popliteal arter entrapment sendromu daha çok genç yaşlarda ve özellikle erkeklerde alt ekstremité iskemî semptomları ile ortaya çıkan doğumsal bir patolojidir

PASS

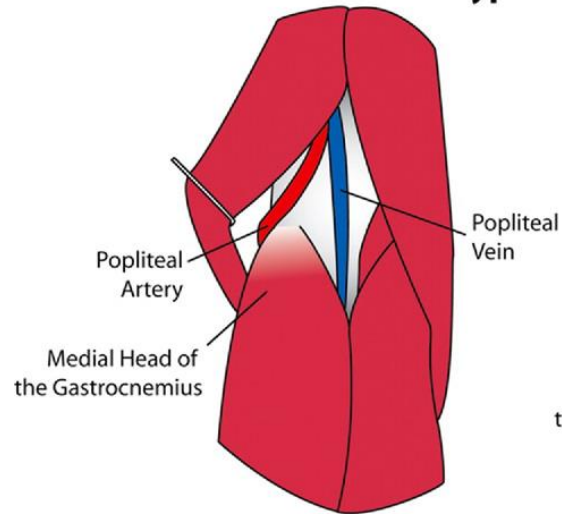
Kliniğe egzersiz esnasında veya sonra klodikasyon yakınması ile başvuran sporcularda, popliteal arter entrapment sendromu olabileceği düşünülmelidir.

PASS

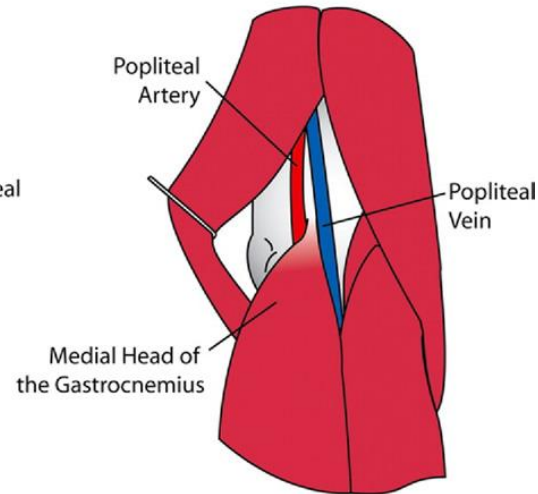
Klinik muayenede, komplikasyon gelişmemiş hastalarda aktif plantar fleksiyon ve pasif dorsifleksiyon gibi pedal manevralarla distal nabızların kaybolması ya da dolgunluğun azalması popliteal arter sıkışma sendromunu düşündürmelidir

PASS tipleri Wright, Radiographics, 2004

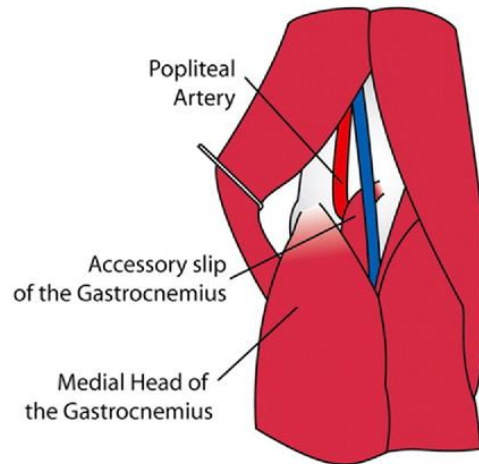
Type I



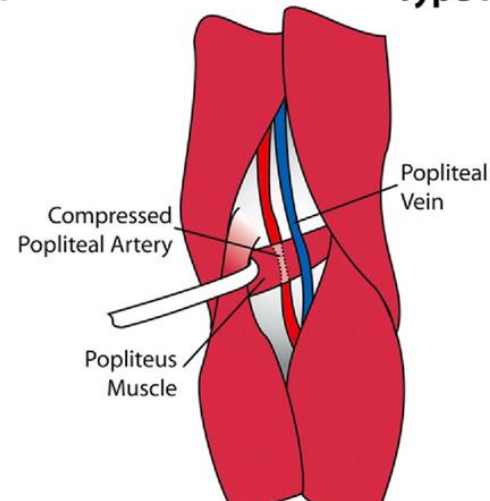
Type II

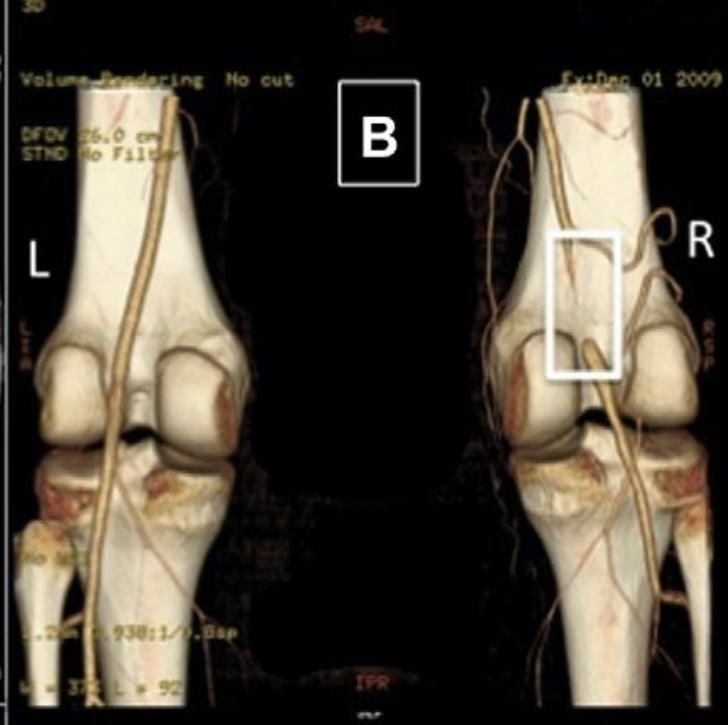
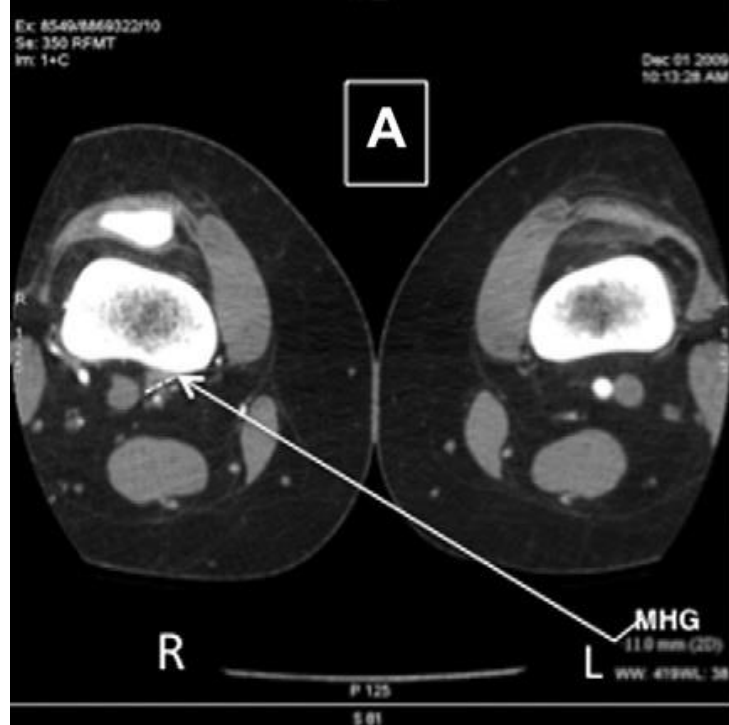


Type III



Type IV





PASS Tedavi

Hastalara erken tanı konularak kalıcı yapısal arter hasarı olmadan ameliyatta dekompresyon yapılmalıdır. Böyle olgularda basit miyotomi yeterli olmaktadır.

Komplikasyon gelişmiş ise gerekli vasküler cerrahi yaklaşım yapılmalıdır.



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

The Knee 11 (2004) 243–245

THE
KNEE
www.elsevier.com/locate/knee

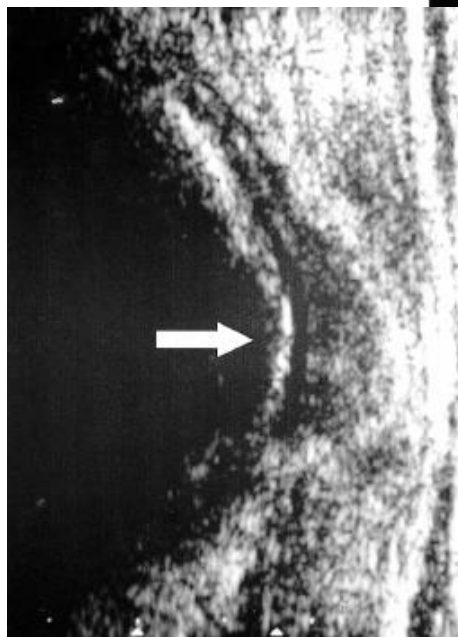
Case report

The Fabella: a forgotten source of knee pain?

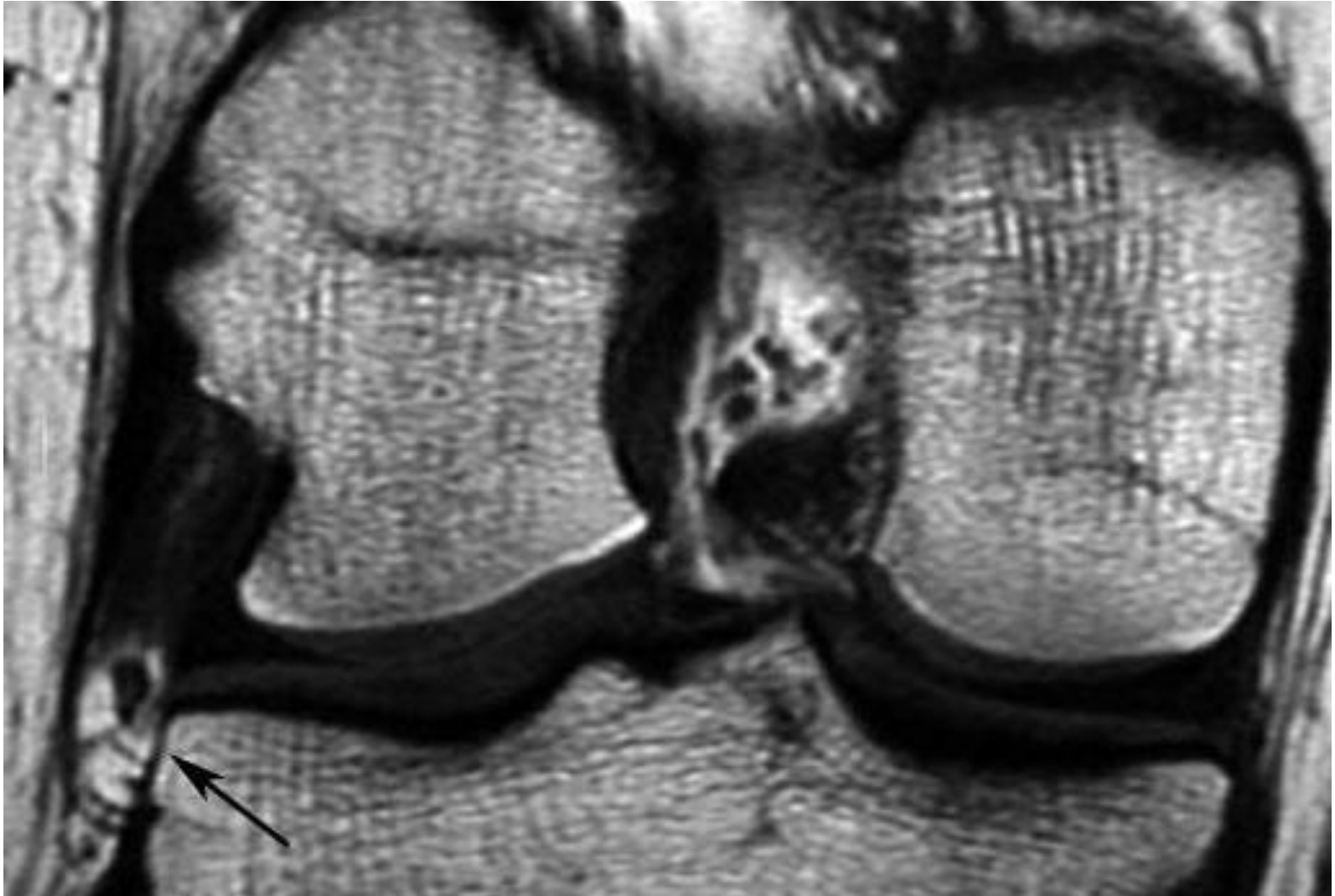
A. Robertson*, S.C.E Jones, R. Paes, G. Chakrabarty

Huddersfield Royal Infirmary, Acre Street, Lindley, Huddersfield, HD3 3EA, UK

Received 1 April 2003; received in revised form 22 May 2003; accepted 7 July 2003



Popliteus Tendinosis



Quadriceps Tendinosis





Available online at www.sciencedirect.com



The Knee 15 (2008) 151–154



Short communication

Snapping knee syndrome in an athlete caused by the semitendinosus and gracilis tendons. A case report

D. Karataglis ^{a,*}, P. Papadopoulos ^a, A. Fotiadou ^b, A.G. Christodoulou ^a

^a *Orthopaedic Department, Aristotelian University of Thessaloniki, “G. Papanikolaou” General Hospital, 57010, Exohi, Greece*

^b *Radiology Department, “G. Papanikolaou” General Hospital, 57010, Exohi, Greece*

Received 3 October 2007; received in revised form 18 December 2007; accepted 19 December 2007

@Mesaj@

Futbol oyuncularının “kronik diz çevresi” ağrısında mutlaka:

Futbolcu MCL si, ITBS, patellar tendinozis, Os fabella sendromu, popliteus tendinozis, eklem dışı bağ dokusu tümörleri, insizyonel nörinomlar ve regional ağrı sendromu akılda tutulmalıdır.

Teşekkürler