

Haglund Sendromu

Gökhan Öngen, Müfit Parlak

TANINIZ NEDİR? / CEVAP Olgu 3

Olgu

Elli yedi yaşındaki kadın hastada yaklaşık 6 aydır devam eden sağ topuk ağrısı mevcuttu. Fizik muayenesinde anlamlı bir bulgu saptanmadı. Laboratuvar verileri normaldi. Travma ve romatolojik hastalık öyküsü bulunmayan hastada ayak bileğine yönelik iki yönlü radyografi elde edildi. Lateral radyografide, kalkaneus posteriorunda osseöz çıkıntı mevcuttu (Resim 1). Herhangi bir fraktür ya da romatolojik bulgu saptanmadı. Geçmeyen topuk ağrısı endikasyonu ile ayak bileğine yönelik 3 mm kesit kalınlığında T1A (TR: 662,933 ms, TE: 20 ms) ve STIR (Short Tau Inversion Recovery) (TR: 5,147 ms, TE: 70 ms) sekanslarında sagittal, T2A yağ baskılı sekans (TR: 3,3 ms, TE: 80 ms) aksiyel manyetik rezonans (MR) inceleme yapıldı (Resim 2). T1A sagittal imajlarda kalkaneus posteriorunda osseöz çıkıntı izlendi. STIR sagittal imajlarda Aşil tendonunda tendinit/peritendinit, retrokalkaneal bursit ve Kager yağ yastığının enflamasyon tespit edildi. Hastaya, Haglund Sendromu tanısı kondu.

Tartışma

Haglund Sendromu, ilk defa 1927 yılında, kalkaneus postero-süperiorundaki kemiksi çıkıntının neden olduğu

retrokalkaneal bursit olarak tanımlanmıştır [1]. Görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte, bu kemiksi çıkıntının neden olduğu bursite eşlik eden Aşil tendiniti ve Kager yağ yastığının enflamasyonu da bu sendromun bileşenleri arasına alınmıştır [2, 3]. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, en sık suçlanan etyolojik faktörler arasında dar ve sıkı ayakkabı giyme ve koşucularda topuk bölgesine aşırı yüklenme yer almaktadır [2].

Klinik olarak, kalkaneus posteriorundaki bu kemiksi çıkıntı genellikle lateral taraftadır; lokal olarak oluşturduğu şişlik ve enflamatuvar bulgular da bu kesimde gözlelenebilmektedir [2]. Görüntüleme yöntemleri, Haglund Sendromu'nun, bu bölgeyi etkileyen diğer hastalıklarından ayırt edilmesinde önemlidir. Bu bölgeyi etkileyen ve ayırıcı tanı listesinde yer alan hastalıklar; romatoid artrit, gut, primer veya sekonder osteoartrit gibi romatolojik hastalıklar, osteomiyelit ve diyabetik ülser gibi enfeksiyöz hadiseler, plantar fasiit, epin kalkanei, kalkaneus fraktürü, plantar sinir tuzak nöropatisi gibi mekanik hadiseler, tarsal tünel sendromu ve lomber pleksopati gibi nörolojik hadiseler ve çok nadir olmakla beraber Ewing Sarkomu gibi maligniteler halinde çok geniş bir spektrum oluşturmaktadır [4].

Radyografi, topuk ağrısı olan olgularda kalkaneus fraktürü gibi akut hadiseleri dışlamak amacıyla ilk seçilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Ayrıca, Aşil tendonunda kalınlaşma ve Kager yağ yastığının obliterasyonu gibi Haglund sendromunun sekonder bulguları ve kalkaneus posterosüperiorundaki osseöz çıkıntılar da radyografilerde rahatlıkla seçilebilmektedir [5]. Literatürde, çeşitli açıların da kullanıldığı bildirilmiştir [6].

Mantetik rezonans görüntüleme ise, non-invaziv ve yumuşak doku rezolüsyonunun yüksek olması nedeniyle bu hastalarda radyografilerden sonra tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir [7]. MR görüntülemesinde, kalkaneus postero-süperiorundaki osseöz çıkıntının Aşil tendonunda



Resim 1. Lateral ayak bileği röntgenogramı. Kalkaneus postero-süperior kesiminde osseöz çıkıntı (beyaz ok).

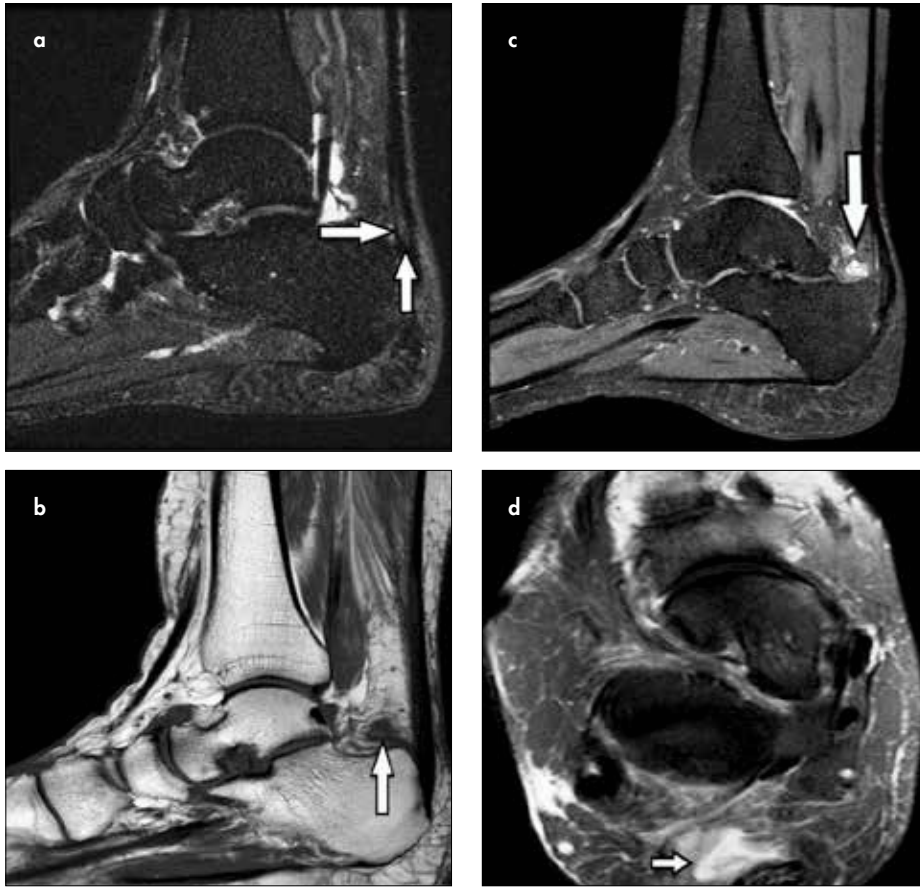
Uludağ Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Radyoloji Anabilim
Dalı, Bursa, Türkiye

Sorumlu Yazar:
Müfit Parlak

E-posta:
mparlak@uludag.edu.tr

©Telif Hakkı 2017 Türk Radyoloji
Derneği - Makale metnine www.
turkradyolojidergisi.org web
sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Turkish Society
of Radiology - Available online at
www.turkradyolojidergisi.org



Resim 2. a-d. STIR (a) ve T1A (b) sagittal, yağ baskılı T2A sagittal (c) ve aksiyel (d) MR görüntüleri. Resim 2 a'daki oklar Aşil tendinitini, 2 b'deki ok ise Kager yağ yastığı obliterasyonunu ve retrokalkaneal bursadaki dolgunluğu, 2 c'deki ok retrokalkaneal bursiti, 2 d'deki ok ise ayak bileği düzeyinden geçen aksiyel kesitte Aşil tendonundaki peritendiniti göstermektedir.

neden olduğu "impingement" ve buna bağlı gelişen Aşil tendinozisi, retrokalkaneal bursit ve Kager yağ yastığında enflamasyon bulguları rahatlıkla seçilebilmektedir.

Haglund sendromu bulunan hastalarda konservatif ve cerrahi olarak iki farklı tedavi

seçeneği mevcuttur. Konservatif tedavide uygun ayakkabı seçimi, Aşil tendon çevresine steroid enjeksiyonu, oral ya da topikal antienflamatuar ilaçlar ve germe egzersizleri yer almaktadır [8]. Cerrahi tedavide, retrokalkaneal dekompresyon ve kalkaneal osteotomi uygulanabilmektedir [9].

Açıklanamayan topuk ağrısı bulunan ve travmatik akut hadiselerin dışlandığı hastalarda, radyografide kalkan eusun süpero-posteriorunda osseöz çıkıntı ya da Kager yağ yastığında kalınlaşma saptandığında, MR incelemeye geçilmeli ve Haglund Sendromunun diğer bileşenleri araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Haglund P. Beitrag zur Klinik der Achillessehne. Z Orthop Chir. 1927; 49: 49-58.
2. Reule CA, Alt WW, Lohrer H, et al. Spatial orientation of the subtalar joint axis is different in subjects with and without Achilles tendon disorders. Br J Sports Med 2011; 45: 1029-34. [\[CrossRef\]](#)
3. Stephens MM. Haglund's deformity and retrocalcaneal bursitis. Orthop Clin North Am 1994; 25: 41-6.
4. Tu P, Bytowski JR. Diagnosis of Heel Pain Am Fam Physician 2011; 84: 909-16.
5. Sofka CM, Adler RS, Positano R, Pavlov H, Luchs JS. Haglund's Syndrome Diagnosis and Treatment Using Sonography HSS J 2006; 2: 27-9.
6. Lu CC, Cheng YM, Fu YC, Tien YC, Chen SK, Haung PJ. Angle analysis of Haglund syndrome and its relationship with osseous variations and Achilles tendon calcification. Foot Ankle Int 2007; 28: 181-5. [\[CrossRef\]](#)
7. Lawrence DA, Rolan MF, Morshed KA, Moukaddam H. MRI of heel pain. AJR Am J Roentgenol 2013; 200: 845-55. [\[CrossRef\]](#)
8. Sella EJ, Caminear DS, McLarney EA. J Haglund's syndrome. Foot Ankle Surg 1998; 37: 110-4. [\[CrossRef\]](#)
9. Watson AD, Anderson RB, Davis WH. Comparison of results of retrocalcaneal decompression for retrocalcaneal bursitis and insertional Achilles tendinosis with calcific spur. Foot Ankle Int 2000; 21: 638-42. [\[CrossRef\]](#)