

# Bir Gut Hastasında Saptanan Bilateral Haglund Sendromu

## Bilateral Haglund Syndrome Determined in a Patient with Gout

Ümit Seçil Demirdal, Ayhan Aşkın, Korhan Barış Bayram, Ayten Kızılay

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir, Türkiye

### ÖZET

Topuk ağrısı, en sık sebep mekanik kaynaklı (plantar fasiit, kalkaneal spur, topuk yağ yastığı atrofisi, aşil tendinopatisi, retrokalkaneal bursit) olmasına rağmen romatizmal (gut, spondiloartropatiler), nörolojik (tuzak nöropatiler, radikulopati), travmatik, infeksiyöz (osteomyelit, plantar verru) ve vasküler durumlar sonucu olabilir. Posterior topuk ağrısı mekanik kaynaklı topuk ağrısının sık görülen lokalizasyonudur. Bu alandaki patolojiler aşil entezopatisi ve Haglund sendromu olarak kategorize edilebilir. Haglund sendromu kalkaneusun belirgin bursal projeksiyonu, aşil tendinozisi ve retrokalkaneal ve retroaşil bursaların inflamasyonu ile karakterizedir. Kronik stres etyolojide önemlidir. Tanı klinik ve radyolojik değerlendirme birlikte kullanılarak konulur. Lateral röntgenogramlar kalkaneusun belirgin bursal projeksiyonunun yani Haglund deformitesinin saptanmasında yararlıdır. Ayırıcı tanıda kronik tofuslü gut yer almalıdır. Bu makalede bilateral Haglund sendromlu bir gut hastasını sunmayı amaçladık.

**Anahtar sözcükler:** Topuk, ağrı, gut, rehabilitasyon

### ABSTRACT

Pain in the heel may be the result of rheumatologic (gout, spondyloarthropathies), neurologic (nerve entrapment, radiculopathy), traumatic, infectious (osteomyelitis, plantar wart) or vascular, although the overwhelming cause is mechanical (plantar fasciitis, heel spur, heel pad syndrome, achilles tendinopathy, retrocalcaneal bursitis) in origin. The posterior heel pain is common location of mechanically induced heel pain. Pathology in this area is categorized as achilles insertional enthesopathy and Haglund's syndrome. Haglund syndrome characterised by a prominent posterior bursal projection of calcaneum, achilles tendinosis, and inflammation of the retrocalcaneal and retroachilles bursae. Chronic stress is important to the aetiology. The condition is usually diagnosed by a combination of clinical and radiological assessments. Plain radiograph in a lateral standing position is useful to assess the presence of a prominent bursal projection of the calcaneum, the Haglund deformity. Chronic tophaceous gout should be considered in the differential diagnosis. We aimed to present a case of gout with bilateral Haglund Syndrome.

**Keywords:** Heel, pain, gout, rehabilitation

Yazışma Adresi  
Corresponding Author

Ayhan Aşkın

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bölümü, İzmir, Türkiye

**E-posta:** ayhanaskin@hotmail.com

**Geliş Tarihi/ Received:** 19.06.2014  
**Kabul Tarihi/Accepted:** 15.08.2014

## Giriş

Haglund deformitesi bursal projeksiyon bölgesi olarak isimlendirilen kalkaneusun posterosuperior kısmının anormal kemik çıkıntısıdır (1). Aşil tendonu ve retrokalkaneal bursa üzerinde oluşan tekrarlayıcı mekanik travmalar nedeniyle bu deformiteye sahip kişilerde bursopati ve tendinopatiler daha sık görülür. Retrokalkaneal bursit, retroaşil bursit, aşil tendinitinin tabloya eşlik ettiği ağrılı durumlar Haglund sendromu (HS) adını alır (1-4). Bu sendrom posterior topuk ağrısı nedenlerinden biri olup klinik semptomları arasında kalkaneusun kranial ve lateral kısmında palpe edilebilen şişlik, bazen aşil tendonunda ağrı ve ayak bileğinin aktif/pasif dorsal ve plantar fleksiyon hareketlerinde ağrı yer alır (3-7). Kolaylıkla elde edilebilen lateral ayak grafisi tanıda en değerli yöntemdir (8). Topuk posteriorunda şişlik ve ağrı oluşturabilen ve aşil tendon üzerinde yerleşen gut tofusleri lokalizasyon ve klinik açısından ayırıcı tanıda önemlidir.

Bu olgu sunumunda gut hastalığı tanısı ile takip edilen ve topuk bölgesindeki şişlik şikayeti gut tofusüne bağlı olduğu düşünülen ancak yapılan tetkiklerle bilateral HS tanısı alan bir hastayı tartışmayı ve literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

## Olgu Sunumu

Ellibir yaşında erkek hasta yaklaşık üç aydır olan sağ topukta ağrı, her iki topukta şişlik ve ayakkabı kullanımında zorluk şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özellikle ayakta uzun süre durmakla ve uzun süreli yürümekle ağrısının arttığını, istirahat halindeyken azaldığını belirtiyordu. Yakın zamanda oluşan bir travma öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde üç yıldır gut hastalığı tanısı mevcuttu ve kolşisin 0.5 mg/gün, allopürinol 150mg/gün kullanıyor ve son bir yıldır atak tariflemiyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu.

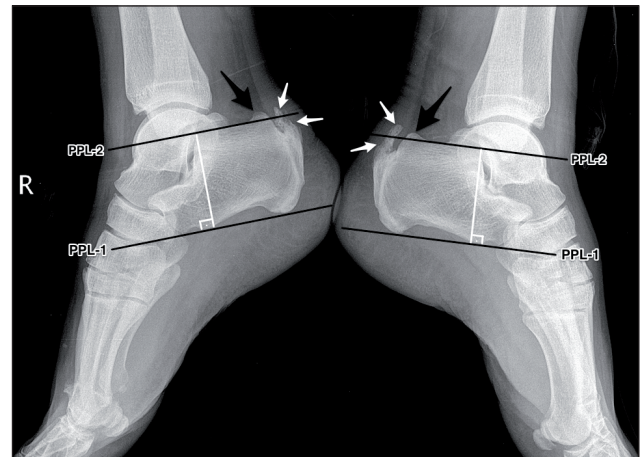
Hastanın lökomotor sistem muayenesinde ayak bileği eklemi hareket açıklıkları tam, bilateral aşil tendonu insersiyosunda ısı artışı, şişlik ve basmakla hassasiyet mevcuttu. Hastanın lökomotor muayenesinde başka bir pozitif bulguya rastlanmadı. Nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 1.3 (0.7-1.3) mg/dl, ürik asid 13.6 (3.5-7.2) mg/dl, sedimentasyon 9mm/saat, C reaktif protein 0.4 (0.01-0.82) mg/dl idi. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kalsiyum, fosfor ve alkalin fosfataz ölçümlerini de içeren diğer laboratuvar testleri normal sınırlarda bulundu.

Topuk altında ağrı ve hassasiyetin olmaması, direkt grafide kalkaneusta epin görülmemesi, duyu muayenesi

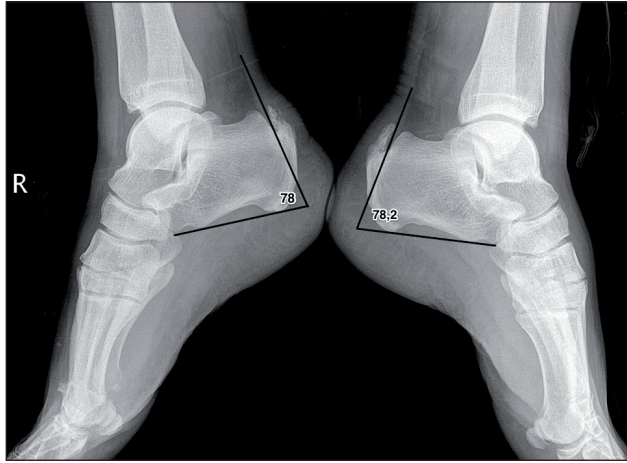
ve motor muayenesinin normal olması, hastanın parestezi tariflememesi, bilateral anterior tarsal tünel bulgusunun olmaması, topuk yağ yastığıçığının palpasyonla normal olması nedeniyle topuk ağrısının diğer sebepleri dışlandı.

Çekilen lateral ayak grafilerinde aşil tendonu kalkaneusa yapışma yerinde kalsifik tendinit, kalkaneus posterosuperiorundaki prominensde belirginleşme izlendi (Şekil 1). Ayak bileği eklemi, sakroiliak eklem ve iki yönlü lumbosakral grafilerde herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Anormal bursal projeksiyonu saptamak için paralel çizgiler (Paralel pitch lines-PPL) ve Fowler & Philip yöntemleri kullanıldı. Fowler & Philip yönteminde bursal projeksiyon ile posterior kalkaneal tüberositas arasında bir doğru ile, medial ve anterior kalkaneal tüberositasları birleştiren ikinci bir doğru çizildi ve bu iki çizginin birleştiği, topuğun posteriorunda oluşturdukları açı superior kalkaneal açı yani Fowler açısı olarak tanımlandı. Hastamızın Fowler açısı 78 derece saptandı. Paralel çizgiler yönteminde ise anterior ve medial kalkaneal çıkıntıları birleştiren çizgi (PPL-1) çizildi ve talar eklemin posterior ucundan başlayan 90°'lik dik bir çizgiyle birleşen paralel ikinci bir çizgi (PPL-2) oluşturuldu. Üstteki çizginin üstünde kalan kısım anormal bursal projeksiyon olarak tanımlandı (Şekil 1,2). Magnetik rezonans (MR) inceleme sonucu kalsifik tendinozis ve yeni kemik oluşumları şeklinde yorumlandı (Şekil 3). Hastaya elde olunan bu bulgularla HS tanısı kondu.

Ağrı ve inflamasyonu baskılamak amacıyla nonsteoid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ), soğuk uygulama, germe egzersizleri önerildi. Kolşisin dozu 1gr/gün ve allopürinol 300mg/gün'e çıkarıldı. Ayağın kemik çıkıntısının basısının azaltılması için arka kısmı yumuşak malzemeden yapılmış



**Şekil 1.** Hastanın lateral ayak röntgenogramı. Paralel çizgiler yönteminde kullanılan çizgiler gösterilmektedir (PPL-1 ve PPL-2). Aşil tendonu kalkaneusa yapışma yerinde kalsifik tendinit (beyaz oklar), kalkaneus posterosuperiorundaki prominensde belirginleşme (siyah ok) görülmektedir.



**Şekil 2.** Hastanın lateral ayak röntgenogramı. Fowler & Philip yöntemi ile saptanan Fowler açısı gösterilmektedir.



**Şekil 3.** Hastanın sagittal T1 ağırlıklı ayak MR görüntüsü. Kalkaneus postero superiorundaki prominensde belirginleşme (siyah ok), aşil tendonu kalkaneus yapışma düzeyinden itibaren distal 4 cm segmentte heterojen sinyal özelliği ve kontur düzensizliği, kalkaneus yapışma yerinde entezofitik yeni kemik oluşumları (beyaz oklar) görülmektedir.

veya arka kısmı olmayan ayakkabı kullanması konusunda bilgi verildi. Epin yastığı önerilerek, topuğun yükseltilmesi ve kalkaneusun yürüme sırasında rahatlatılması hedeflendi. Hasta poliklinik kontrolü önerilerek izleme alındı.

## Tartışma

Topuk ağrısı toplumda sık görülen bir şikayettir. Nedenleri arasında genellikle mekanik problemler (plantar fasiit, kalkaneal spur, topuk yağ yastığı atrofisi, aşil tendinopati, retrokalkaneal bursit), romatizmal (gut, spondiloartropatiler, romatoid artrit, reiter sendromu), nörolojik (tuzak nöropatiler, radikulopati), travmatik, infeksiyöz (osteomyelit, plantar verru) hastalıklar yer alır. Bunların içinde mekanik problemler birinci sıradadır. Ayrıntılı anamnez ve incelemelerle genellikle etiyolojik faktörler aydınlatılabilir ve diagnostik testlerle hastalığın ismi konabilir (1,7).

Patrick Haglund 1928 yılında, Haglund deformitesini aşil tendonu ile kemik çıkıntı arasında bursiti olan bir bayan hastada kalkaneus posteriorunda superiora doğru gelişen kemik çıkıntı ya da sivrileşme olarak tanımlamış, özellikle arkası sert olan ayakkabılar ile ilişkilendirmiştir (6,8). Haglund deformitesi ve HS sıklıkla birlikte görülür. Tekrarlayan mekanik stresler retrokalkaneal bursayı aşil tendonu, kalkaneus ve ayakkabı arasında sıkıştırır ve sendromun bulgularının ortaya çıkmasına sebep olur (1-3). Varus topuğu (heel varus) da sıklıkla bu deformite ile birlikte görülür. Sendrom kronik kümülatif mekanik travma ve mekanik stresin indüklediği inflamasyon ile oluşur (2,3). Retrokalkaneal bursiti gösteren şişlik aşil tendonunun posteriorunda bursal projeksiyonda palpe edilebilir. Ağrı özellikle ayakkabı giyildiğinde belirginleşir. Özellikle topuğun posterolateral çıkıntısında lokalize ödem ve şişlikle kendini gösterir (4,5,9). Arkası sert ve belirgin olan yüksek topuklu ayakkabılar topuk arkasında artan ödem ve ağrıya yol açar (9-11). Klinik bulgular hasta ayakta dururken topuklar arka taraftan muayene edildiğinde daha belirgin olmaktadır. Özellikle dorsifleksiyonda bulgular belirginleşir. Çünkü bu hareket sırasında bursa içerisindeki basınç artar ve tendonun daha fazla sıkışmasına neden olur (3,10,11).

Olgumuzda topuk ağrısı, her iki topukta şişlik ve ayakkabı kullanımında zorluk şikayeti vardı. Fizik muayenede bilateral aşil tendonu insersiyosunda şişlik, ısı artışı ve basmakla hassasiyet mevcuttu. Hastamızın mevcut kliniği sistemik bir hastalıktan ziyade daha çok lokal posterior topuk ve özellikle aşil tendonu ile ilişkili olabilecek patolojileri işaret ediyordu. Ancak gut hastalığı öyküsü olması, aşil tendon bölgesinde gut tofuslerinin şişlik oluşturabilmesi ve mekanik travmalar ile kronik bursopatilerin bu hastalığa eşlik edebilmesi nedeniyle araştırmamızı derinleştirme gereği duyduk.

Görüntüleme yöntemleri HS tanısını koymak ve ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların varlığı konusunda fikir elde etmek amacıyla kullanılmaktadır. Direkt grafiler sıklıkla ilk başvuru yöntemleridir. Çekilen lateral

ayak grafileri kalkaneus ile aşil tendon insersiyosu ile ilgili bir ön değerlendirme için yeterlidir (11-14). HS tanısında kalkaneusun ölçümlendirilmesi tekniklerinden yararlanılabilir. Başlıca iki yöntem vardır. Bunlar Fowler & Philip ile paralel çizgiler (PPL) yöntemleridir. Fowler açısı normal değeri 44-69 derece arasındır. Belirgin arttığı (>75°) değerler patolojik olarak kabul edilir (12,13).

MR inceleme bulguları ayırıcı tanıda posterior topukta şişlik ve ağrı oluşturabilecek lokal patolojilerin ekarte edilmesi açısından yol gösterici olabilir. Gut hastalığında gadolinyumlu MR tanıya yaklaşmak için oldukça önemlidir. Çünkü ürik asit kristalleri T1 ağırlıklı kesitlerde orta ile hipointens arasında görüntü verirken, T2 ağırlıklı kesitlerde çoğunlukla hipointens olmak üzere değişkenlik göstermektedir. Her iki kesitte de homojen kontrast tutulumu gözlenmektedir (15). HS'de kemik deformitesi, yumuşak doku değişiklikleri ve aşil tendonundaki yapısal değişiklikleri ayrıca HS için tipik bir görüntü olan aşil tendonundaki kalınlaşmayı en iyi siviya duyarlı sagittal kesitler gösterir. Kalkaneusun posteriorundaki kemik sivrileşme yanında retrokalkaneal bursit ve aşil tendinozisi de görülebilir (16).

Olgumuza direkt röntgenogram ve MR inceleme yapıldı. Röntgenogramlarda paralel çizgiler yöntemi ile ayağın anormal bursal projeksiyonu saptandı. Fowler açısı 78 derece bulundu. MR bulguları gut tofusü görünümüyle uyumlu olmayıp HS'e benzer nitelikteydi.

Seronegatif spondiloartitlere bağlı aşil tendinopatileri de karışımıza posterior topuk ağrısı ile gelebilmektedir. Bu nedenle ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ancak olgumuzda inflamatuvar bir şikayetin olmaması, öyküde ve fizik muayenede eklem şişliği ve eklem hareketlerinde kısıtlılık saptanmaması, direkt grafilerde sakroileiti düşündüren bulguların yokluğu ve akut faz reaktanlarının normal sınırdaki olması bu tanıyı dışlamamızı sağladı. Diğer akla gelmesi gereken hastalıklar arasında bu bölgede bursit yapabilen romatoid artrit, kalsifik tendinit, osteomyelit ve Reiter sendromu sayılabilir (4,7,10). Hastamızda bu hastalıkları işaret edecek bir semptom ya da bulgu yoktu.

Tedavide ilk seçenek hastamızda uyguladığımız gibi konservatif yöntemlerdir. Bununla birlikte çoğu hastada tedaviye rağmen şikayetler tekrar ortaya çıkabilir. Konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda, aşil tendonunun yapışma yerine kadar uzanan kalkaneusun kraniolateral parçası cerrahi olarak çıkarılabilir (17,18). Nonoperatif yöntemlerden yeterince fayda görmeyen dört yıllık bir periyodu kapsayan 53 hastalık bir çalışmada, medial longitudinal insizyonla posterior kalkaneal tüberositin eksizyonu ve debridmanı ile, aşil tendonunun kemiğe yeniden tutturulması şeklinde operatif tedavi uygulanan vakaların %50'sinde mükemmel, %47'sinde

iyi, %3'ünde ise yetersiz sonuçlar alındığı bildirilmektedir (19). Uzun süreli aşıllodini ve Haglund deformitesi bulunan hastalarda aşil tendon rüptürü görülebilmektedir. Kalkaneal kemik spurun kranial ucu derin tendon rüptürüne yol açabilmektedir. Erken operatif rezeksiyon, aşil tendonunun rüptür riskini de kapsayan mekanik hasarlardan korunmasını da sağlamaktadır (20).

Posterior topuk ağrısı ile başvuran hastalara etyolojik araştırma yapılmadan tedavi etme yoluna gitmek altta yatabilecek anatomik problemlerden dolayı oluşan hastalıkların atlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum uzun dönemde konservatif tedavilere yanıt alınmasını da güçleştirmektedir. Gut tanılı hastalarda posterior topuk ağrısı ya da topukta şişlik sık görülen gut tofusü olarak düşünülebilmektedir ve ileri incelemeler çoğu kez yapılmamaktadır. Topuk ağrısı, şişlik şikayeti ile başvuran hastaları değerlendirirken HS tanısının da ayırıcı tanıları arasında bulundurulması gerektiğini düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

1. Thomas JL, Christensen JC, Kravitz SR, Mendicino RW, Schuberth JM, Vanore JV. The diagnosis and treatment of heel pain: a clinical practice guideline-revision 2010. J Foot Ankle Surg 2010;49:1-19.
2. Heneghan MA, Pavlov H. The Haglund painful heel syndrome. Experimental investigation of cause and therapeutic implications. Clin Orthop Relat Res 1984;187:228-34.
3. Stephens MM. Haglund's deformity and retrocalcaneal bursitis. Orthop Clin North Am 1994;25:41-6.
4. Sella EJ, Caminear DS, McLarney EA. Haglund's syndrome. J Foot Ankle Surg 1998;37:110-4.
5. Dündar Ü, Pusak H, Kavuncu V. Topuk Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Haglund Sendromu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2008;54:33-5.
6. Maffulli N, Denaro V, Loppini M. Haglund's deformity. Foot Ankle Int 2012;33:807-8.
7. Toğrul E. Topuk ağrısı. Galenos Tıp Dergisi 1999;33:32-6.
8. Pavlov H, Heneghan MA, Hersh A, Goldman AB, Vigorita V. The Haglund syndrome: initial and differential diagnosis. Radiology 1982;144:83-8.
9. Vega MR, Cavolo DJ, Green RM, Cohen RS. Haglund's deformity. J Am Podiatry Assoc 1984;74:129-35.
10. Tu P, Bytowski JR. Diagnosis of heel pain. Am Fam Physician 2011;84:909-16.
11. Goud A, Khurana B, Chiodo C, Weissman BN. Women's musculoskeletal foot conditions exacerbated by shoe wear: an imaging perspective. Am J Orthop 2011;40:183-91.
12. Lu CC, Cheng YM, Fu YC, Tien YC, Chen SK, Huang PJ. Angle analysis of Haglund syndrome and its relationship with osseous variations and Achilles tendon calcification. Foot Ankle Int 2007;28:181-5.

13. Burhenne LJ, Connell DG. Xeroradiography in the diagnosis of the Haglund syndrome. *Can Assoc Radiol J* 1986;37:157-60.
14. Rossi F, La Cava F, Amato F, Pincelli G. The Haglund syndrome: clinical and radiological features and sports medicine aspects. *J Sports Med Phys Fitness* 1987;27:258-65.
15. Khoo JN, Tan SC. MR imaging of tophaceous gout revisited. *Singapore Med J* 2011;52:840-6.
16. Lesic A, Bumbasirevic M. Disorders of the Achilles tendon. *Current Orthopaedics* 2004;18:63-75.
17. Schunck J, Jerosch J. Operative treatment of Haglund's syndrome. Basics, indications, procedures, surgical techniques, results and problems. *Foot and Ankle Surg* 2005;11:123-30.
18. DeVries JG, Summerhays B, Guehlstorff DW. Surgical correction of Haglund's triad using complete detachment and reattachment of the Achilles tendon. *J Foot Ankle Surg* 2009;48:447-51.
19. Sammarco GJ, Taylor AL. Operative management of Haglund's deformity in the nonathlete: a retrospective study. *Foot Ankle Int* 1998;19:724-9.
20. Porsh M, Hackenbroch MH, König DP. Atypical achillestendon rupture in Haglund exostosis. A case report. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1998;136:568-70.