

Fleksör Hallucis Longus Tenosinoviti

FLEKSÖR HALLUCİS LONGUS TENOSİNOVİTİ

Op Dr Egemen Ayhan (LİV Hospital Ulus İstanbul)

Prof Dr Tahir Öğüt (LİV Hospital Ulus İstanbul)

Fleksör hallucis longus (FHL) tendon problemleri, De Quervain hastalığına benzer bir şekilde stenozan tenosinovit olarak karşımıza çıkmaktadır (1,2). En sık olarak medial malleol posteriorundaki fibroosseöz tünel içinde tuzaklanan tendonda kronik inflamasyon tenosinovite neden olmaktadır (Şekil 1) (1). Ek olarak, Henry düğümü ve sesamoid kemikler seviyesinde de nadiren FHL tenosinoviti gözlenebilmektedir.

FHL tenosinoviti, sık parmak ucu aktivitelerinde bulunan bale dansçılarında tipik olarak gözlenebilir de, zorlayıcı plantar fleksiyonun sık yapıldığı uzun mesafe koşucularında ve futbolcularda da ortaya çıkabilmektedir. Bunlara ek olarak, os trigonum, kistler ve aksesuar fleksör digitorum longus tendonu FHL tenosinovitine neden olabilmektedir (1,3,4). Günümüzde, FHL tendon problemlerinin atletik olmayan nüfusta da sıklıkla karşımıza çıkabileceği kabul görmektedir (2,4-7).

FHL tenosinoviti genellikle ayak arkası sıkışma sendromu (AASS) ile birlikte gözlenmektedir, nadiren de izole gözlenebilir (8,9). Biz de çeşitli nedenlerle ayak arkası endoskopisi uyguladığımız 60 hastamızın tamamında FHL tenosinoviti gözlemledik (10). Özellikle talusta osteokondral lezyon ve intraosseöz kist gibi kronik olgularda FHL tenosinovitini daha belirgin olarak gözlemekteyiz (11). Bu durumun reaktif sinovite, kapsüler hipertrofiye veya aşırı sikatris dokusuna bağlı olabileceği öne sürülmüştür (8,10).

Klinik şüphe, hatalı veya eksik tanı koymamak için önemlidir. FHL tenosinoviti için palpasyonla medial malleolün arkasında muskületendinöz bileşkedeki hassasiyet önemli bir bulgudur. Ayak bileği ve birinci metatarsofalangeal eklemin aynı anda dorsifleksiyonu ile ağrı alevlenebilir. Tendonun fibroosseöz tünelde sıkışmasına bağlı psödo-

halluks rijidus gözlenebilir. Bu durumda ayak bileği dorsifleksiyona getirildikten sonra birinci parmakta dorsifleksiyon azalması mevcuttur. Hatta tendon içindeki parsiyel yırtığa ve nodüllere bağlı tetiklenme ve krepitus hissedilebilir. Posterior sıkışma testi tanı için değerlidir fakat izole FHL tenosinoviti olan hastalarda negatif olabilir.

Direkt radyografi eşlik eden AASS tanısı için faydalı olabilir. Os trigonum, tarsal koalisyon, talusta intraosseöz kistler ve osteokondral lezyonlar direkt radyografi ile değerlendirilebilir. En önemli tanı testi manyetik rezonans (MR) incelemesidir. Tendon içinde sıvı ve parsiyel yırtıklar kolaylıkla MR ile belirlenebilmektedir (Şekil 3). Tenografi de iyi bir tanı testi olmakla birlikte girişimsel bir test yöntemi olduğu için pek tercih edilmemektedir. Ayırıcı tanıda tarsal tünel sendromu ve fibröz subtalar koalisyon düşünülmelidir.

Konservatif tedavi ilk seçenektir ve antiinflammatuar ilaçlar, istirahat, aktivite modifikasyonu ve germe egzersizleri ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Konservatif tedaviden yanıt alınamayan vakalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Açık tenoliz geleneksel olarak önerilmişse de altı aya kadar uzayabilen iyileşme süreci ve % 10 - % 24 gibi yüksek komplikasyon oranları bildirilmiştir (4,9). Ayak arkasına iki portalden endoskopik yaklaşım ilk kez van Dijk ve arkadaşları (12,13) tarafından tarif edilmiştir (Şekil 4). FHL tenosinoviti tedavisinde FHL gevşetme, ayak arkası endoskopisinin en önemli endikasyonlarından biridir (Şekil 5, Video 1). Birçok araştırmacı tarafından da düşük komplikasyon oranı ve kısa iyileşme süreci nedeniyle önerilmiştir (10,14-17). Bununla birlikte, öğrenme eğrisinin uzun olması ve nörovasküler yapılara yakınlığı teknik açıdan zorluklara neden olmaktadır.

Özetle, FHL tenosinoviti atletik olmayan nüfusta da sıklıkla gözlenmektedir ve ayak bileği posteromedialindeki ağrının en sık nedenlerinden biridir. Tedavisi için günümüzde açık cerrahinin yerini, düşük komplikasyon oranı ve kısa iyileşme süreci nedeniyle endoskopik gevşetme almıştır. Endoskopik gevşetme, minimal invazif teknik olmasının yanı sıra ayak arkasındaki diğer yapıların da görüntülenmesine

ve gerektiğinde müdahale edilmesine olanak tanır. FHL tendonunun endoskopik gevşetilmesi, tecrübeli artroskopistler için açık cerrahiye göre cazip, güvenilir ve etkili bir tekniktir.

Kaynaklar

- 1.** Hamilton WG. Stenosing tenosynovitis of the flexor hallucis longus tendon and posterior impingement upon the os trigonum in ballet dancers. *Foot Ankle*. 1982 Sep-Oct;3(2):74-80.
- 2.** Michelson J, Dunn L. Tenosynovitis of the flexor hallucis longus: a clinical study of the spectrum of presentation and treatment. *Foot Ankle Int*. 2005 Apr;26(4):291-303.
- 3.** Ögüt T, Ayhan E. Hindfoot endoscopy for accessory flexor digitorum longus and flexor hallucis longus tenosynovitis. *Foot Ankle Surg*. 2011 Mar;17(1):e7-9.
- 4.** Abramowitz Y, Wollstein R, Barzilay Y, London E, Matan Y, Shabat S, Nyska M. Outcome of resection of a symptomatic os trigonum. *J Bone Joint Surg Am*. 2003 Jun;85-A(6):1051-7.
- 5.** Corte-Real NM, Moreira RM, Guerra-Pinto F. Arthroscopic treatment of tenosynovitis of the flexor hallucis longus tendon. *Foot Ankle Int*. 2012 Dec;33(12):1108-12.
- 6.** Niek van Dijk C. Anterior and posterior ankle impingement. *Foot Ankle Clin*. 2006 Sep;11(3):663-83. Review.
- 7.** Sammarco GJ, Cooper PS. Flexor hallucis longus tendon injury in dancers and nondancers. *Foot Ankle Int*. 1998 Jun;19(6):356-62.
- 8.** Hamilton WG, Geppert MJ, Thompson FM. Pain in the posterior aspect of the ankle in dancers. Differential diagnosis and operative treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 1996 Oct;78(10):1491-500.
- 9.** Scholten PE, Sierevelt IN, van Dijk CN. Hindfoot endoscopy for posterior ankle impingement. *J Bone Joint Surg Am*. 2008 Dec;90(12):2665-72.

- 10.** Ögüt T, Ayhan E, Irgit K, Sarikaya AI. Endoscopic treatment of posterior ankle pain. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2011 Aug;19(8):1355-61.
- 11.** Ögüt T, Seker A, Ustunkan F. Endoscopic treatment of posteriorly localized talar cysts. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2011 Aug;19(8):1394-8.
- 12.** van Dijk CN, de Leeuw PA, Scholten PE. Hindfoot endoscopy for posterior ankle impingement. Surgical technique. *J Bone Joint Surg Am.* 2009 Oct 1;91 Suppl 2:287-98.
- 13.** van Dijk CN, Scholten PE, Krips R. A 2-portal endoscopic approach for diagnosis and treatment of posterior ankle pathology. *Arthroscopy.* 2000 Nov;16(8):871-6.
- 14.** Willits K, Sonneveld H, Amendola A, Giffin JR, Griffin S, Fowler PJ. Outcome of posterior ankle arthroscopy for hindfoot impingement. *Arthroscopy.* 2008 Feb;24(2):196-202.
- 15.** Tey M, Monllau JC, Centenera JM, Pelfort X. Benefits of arthroscopic tuberculoplasty in posterior ankle impingement syndrome. *Knee Surg Sport Traumatol Arthrosc.* 2007 Oct;15(10):1235-9.
- 16.** Urgüden M, Cevikol C, Dabak TK, Karaali K, Aydin AT, Apaydin A. Effect of joint motion on safety of portals in posterior ankle arthroscopy. *Arthroscopy.* 2009 Dec;25(12):1442-6.
- 17.** Calder JD, Sexton SA, Pearce CJ. Return to training and playing after posterior ankle arthroscopy for posterior impingement in elite Professional soccer. *Am J Sports Med.* 2010 Jan;38(1):120-4.