

# BACAK AĞRISI



Dr. Mehmet Ali Karaca

## Bacak Ağrının Nedenleri

**Aşıl Tendiniti ve Aşıl Tendon Ruptürü** Aşıl tendiniti, aşıl tendonunun aşırı zorlanması sonucu gelişir. Sıklıkla atletlerde görülür ayrıca orta yaş grubu hastalarda hafta sonu yapılan basketbol veya tenis gibi sporlarda yaralanmalara bağlı gelişebilir. Sıklıkla koşma ve diğer spor aktiviteleri sırasında bacağın posteriyöründe hafif ağrıya neden olur. Uzun süreli, koşularda, tırmanmada şiddetli ağrı görülebilir. Sıklıkla erkeklerde, ilerleyen yaşlarda, obezlerde, psöriazis hastalarında ve kinolon kullanımında risk yüksektir. Fizik muayenede aşıl tendonu üzerinde ağrı, hassasiyet ve şişlik saptanır.

**Tanı** için direkt grafi, USG (aşıl tendon hareketleri ve tendon etrafında kanlanma) ve MRG (en iyi yöntem) kullanılır.

**Tedavi** NSAİİ (ibuprofen veya naproksen) önerilir ve hastalara fizik tedavi programı önerilir.

Aşıl tendon ruptürü parsiyel yada tam olarak gelişebilir. Aşıl tendon ruptürleri sıklıkla 30-40 yaş grubu, erkek, koşma ve zıplama içeren sporları yapanlar, steroid enjeksiyonunda ve kinolon grubu (florokinolon veya levofloksasin) antibiyotik kullanan hastalarda gelişir. Aşıl tendon ruptürü gerçekleştiğinde bacağın arkasında kopma sesini takip eden keskin ve ani başlayan ağrı hissedilir. Ayakta topuk süperiorunda ağrı, şişlik ve yürürken ayak plantar fleksiyonunu yapamama, ayak parmak uçlarında yükselme ve kopma esnasında ses duyulması saptanır. Fizik muayenede hasta yüzüstü yatırılır ve bacak kasları sıkıştırıldığında ayak plantar fleksiyonu görülmez. Ek olarak aşıl tendon üzerinde ağrı, hassasiyet ve şişlik saptanır. Tedavi, hastanın yaşı, aktivite düzeyi ve yaralanma şiddetine göre belirlenir. Aktif spor yapan ve genç hastalarda sıklıkla cerrahi tedavi tercih edilir. Konseratif tedavide hastalara topuk kısmı yüksek olan uzun destekli çizme şeklinde alçı uygulanır. Bu yöntemde tendon ruptürü tekrarlama riski yüksektir ve tekrarlama durumunda cerrahi tedavi yapılır. Her iki tedavi seçeneğinden sonra hastalar fizik tedavi programına alınmalıdır.

**Baker Kisti** Baker kisti (popliteal kist), diz eklemi posteriyöründe şişkinlik ve gerginlik oluşturan sıvı dolu kistik yapıdır.

**Fizik muayenede** popliteal bölgede şişlik, diz ağrısı ve dizin tam fleksiyona getirilmesinde zorluk saptanır. Tanı, USG, grafi ve MRG ile doğrulanır. Baker kisti kendiliğinden düzelebilir. Kist büyüyorsa ve ağrıya neden olursa, kortikosteroid enjeksiyonu, USG eşliğinde iğne ile kist aspirasyonu yapılabilir. Soğuk uygulama, bandaj ağrı ve şişliğin azalmasını sağlayabilir.

düşündürmektedir. Egzersiz sonrası ağrı aşırı kullanma sendromu yada stres kırığı bulgusu olabilir. Gece uyandıran ağrı malignite yada osteoid osteoma bulgusu olabilir.

Öyküde hastaya ağrısının ne zaman başladığı, ateş varlığı, beraberinde kızarıklık, kilo kaybı, aktivitede değişiklik, iştahta azalma sorgulanmalıdır.

Fizik muayenede, bacaklar palpe edilmeli, eklemlerin hareket açıklığına bakılmalı, ısı artışı ve şişlik araştırılmalıdır.

Görüntülemeye yumuşak doku, eklem, efüzyon varlığını araştırmak için MRG, kemik yapıları ve eklemleri incelemek için bilgisayarlı tomografi, eklemlerde efüzyon, vasküler yaralanmaları incelemek için USG kullanılır.

İnfeksiyon ve inflamasyon araştırmak için lökosit, CRP, sedimentasyon, sinoviyal sıvı incelemesi istenir.

**Tedavi:** Kas iskelet sistemi ile ilgili yakınmalarda sıklıkla ortopedi bölümü konsültasyonu istenir ve tedavide NSAİİ önerilir. İnfeksiyon varlığında antibiyotik tedavisi ve anti inflamatuvar tedavi önerilir.

Stres kırıklarında başlangıçta aktivite kısıtlanır ve NSAİİ önerilir. Kompartman sendrom varlığında cerrahi tedavi için ortopedi bölümü konsültasyonu istenmelidir.

**Acil Serviste İzlem ve Yatış Endikasyonları** Derin ven trombozu, trombofilebit, kompartman sendromu, septik artrit, osteomyelit, malignite, büyüme plağını içeren kırıklar ve tendon rüptürü bulguları olan hastalarda ileri incelemeler yapılmalı ve Ortopedi ve Kardiyovasküler cerrahi bölümlerine konsülte edilmelidir.

### Acil Servisten Taburculuk Kriterleri

- Konservatif tedaviye uygun aşıl tendon rüptürleri,
- Enfekte olmayan bursitler,
- Komplikasyonların eşlik etmediği gut olguları,
- Komplikasyon gelişmeyen varikoz venler.

### Kaynaklar

1. Richard E. Allen, Karl A. Kirby. Nocturnal Leg Cramps. Am Fam Physician. 2012 Aug 15;86(4):350-355.
2. Brewer RB, Gregory AJ. Chronic lower leg pain in athletes: a guide for the differential diagnosis, evaluation, and treatment. Sports Health. 2012 Mar;4(2):121-7.
3. Saito J, Ohtori S, Kishida S ve ark. Difficulty of diagnosing the origin of lower leg pain in patients with both lumbar spinal stenosis and hip joint osteoarthritis. Spine (Phila Pa 1976). 2012 Dec 1;37(25):2089-93. doi: 10.1097
4. Bresler M, Mar W, Toman J. Lower leg pain. Diagnosis and treatment of compartment syndromes and other pain syndromes of the leg. Sports Med. 1999 Mar;27(3):193-204.
5. Tolga Saka,Yavuz Yıldız. Egzersize Bağlı Alt Bacak Ağrıları. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007;27(5):753-62