

GİRİŞ

Ayak bileğinin en güçlü tendonu olan aşil tendonu iki kas lifinden meydana gelmektedir. Femoral kondilin posterioruna yapışan gastroknemius kası ve tibianın süperior ucuna, fibula ve interosseoz membrana yapışan soleus kası baldırın posteriourundan geçtikten sonra aşil tendonu olarak tanımlanır. Aşil tendonu kalkaneal tuberozite yapışır. Kalkaneal tuberozite lateralde gastroknemius lifleri, medialde soleus lifleri yapışır. Tendonun vaskülaritesi proksimalde gastroknemius-soleus kompleks arteryal dalı, distalde ise kalkaneusa yapıştığı yerden interosseoz damarlarla olur(1). Tendonun ana beslenme kaynağı ise anterior mezenterden beslenen mezotenon aracılığıyla olur. Kalkaneusa yapışma yerinin 2-6 cm'lik proksimal bölgesi vasküler yapıdan zayıf olduğunu Lagergren ve Lindholm'ün yaptıkları anjiyografik çalışmada gösterilmiştir (2). Travma sonrası aşil tendon kopması daha çok bu bölgede oluşur. Aynı zamanda bu bölgede patolojilerin iyileşmesi de dolaşımın zayıf olması nedeniyle daha sık problemler yaşanmaktadır.

AŞIL RÜPTÜRÜ MEKANİZMASI

Aşil tendon rüptürü ayağın dorsifleksiyona zorlanması yada ayak plantar fleksiyonda iken yüksekte düşme gibi ayağın aniden dorsofleksiyona gelmesi sonucu meydana gelir. Travma sonrası yırtılma sırasında şiddetli ağrı ve "pop" sesi duyulabilir. Ayrıca direk darbe veya kesiler sonucu da oluşabilir. Daha çok orta yaş ve özellikle sporcularda ve erkeklerde meydana gelir. Daha sık hipovaskülaritenin olduğu bölge olarak bilinen kalkaneusa yapış-

1 Dr. Öğr. Üyesi Abbas TOKYAY, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji AD, dr.abbas_tokay@hotmail.com

KAYNAKLAR

- 1:Frederick M. Aza.Md, Traumatic Disorders. Champbell's Operative Orthopaedics Thirteen edition. 2017; 2415-2428.Copyright Inc. Philadelphia,USA.
- 2:Lagergren C, Lindholm A. Vascular distribution in the Achilles tendon; an angiographic and microangiographic study. Acta Chir Scand. 1959 ;15;116(5-6):491-5.
- 3: Maffulli N. The clinical diagnosis of subcutaneous tear of the Achilles tendon. A prospective study in 174 patients. Am J Sports Med 1998;26(2):266–70.
- 4: Ly JQ, Bui-Mansfield LT. Anatomy of and abnormalities associated with Kager's fatPad. AJR Am J Roentgenol 2004;182:147-54.
- 5: Grechenig W, Clement H, Bratschitsch G, et al. Sonographische Achillessehnendiagnostik [Ultrasound diagnosis of the Achilles tendon]. Orthopade. 2002;31(3):319-25.
- 6:Khan RJ, Carey Smith RL. Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures. Cochrane Database Syst Rev. 2010 8;(9)
- 7: Soroceanu A, Sidhwa F, Aarabi S, et al. Surgical versus non surgical treatment of acute achilles tendon rupture: a meta-analysis of randomized trials. J Bone Joint Surg Am 2012; 94: pp. 2136.
- 8: Irwin TA. Current concepts review: insertional achilles tendinopathy. Foot Ankle Int. 2010;31(10):933-9.
- 9: Willits K, Amendola A, Bryant D, et al. Operative versus nonoperative treatment of acute Achilles tendon ruptures: a multicenter randomized trial using accelerated functional rehabilitation. J Bone Joint SurgAm. 2010 Dec 1;92(17):2767-75.
- 10:Yepes H, Tang M, Geddes C, et al. Digital vascular mapping of the integumenta boutthe Achilles tendon. J Bone Joint Surg Am 2010;92(5):1215–20.
- 11:Krackow KA, Thomas SC, Jones LC. A new stitc for ligament-tendon fixation. Briefnote. J Bone Joint Surg Am 1986;68(5):764–6.
- 12: Ma GW, Griffith TG. Percutaneous repair of acute closed ruptured achilles tendon: a new technique. Clin Orthop Relat Res.1977;(128):247–55.
- 13: Lim J, Dalal R, Waseem M. Percutaneous vs. open repair of the ruptured Achilles tendon –a prospective randomized controlled study. Foot Ankle Int 2001;22(7):559–68.
- 14: Karabinas PK, Benetos IS, Lampropoulou-Adamidou K, et al. Percutaneous versus open repair of acute Achilles tendon ruptures. Eur J Orthop Surg Traumatol 2014;24(4):607–13.