

Tekrarlayan Anterior Omuz İnstabilitelerinde Tedavinin Planlanması

Hakan GÜRBÜZ¹, Aziz KURTULUŞ², Yavuz KOCABEY², Halil ÜNALAN³

ÖZET

Tekrar eden anterior glenohumeral instabiliteler iki grubta incelenirler. İlk grub travma anemnezi, tek yönlü instabiliteli, Bankart lezyonlu, cerrahi tedavi ile karakterizedir (TUBS). İkinci grub travma anemnesinin yokluğu, çok yönlü instabiliteli, iki taraflı, rehabilitasyon, inferior kapsüller şift ile karakterizedir (AMBRI). Tekrar eden anterior omuz instabilitelerinin tedavisinde bir çok cerrahi yöntem tariflenmiştir: Sub skapular kas cerrahileri, kemik bloklama, korokoid transferler, diğer açık yöntemler ve artroskopik onarımalar.

Tekrar eden anterior omuz çıkışlı bir hasta tedavi edilmek istediği zaman, ilk önce tedavi metodu seçilmelidir; cerrahi yada rehabilitasyon. Eğer cerrahi düşünülyorsa cerrahi yöntem belirlenmelidir. Tedavi planlanmasından önce tekrar eden anterior omuz çıkışındaki temel etyolojik faktör tespit edilmelidir. Geniş bir anemnez, iyi bir muayene ve özgün görüntüleme yöntemleri bu işlem için kullanılmalıdır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji klinигinde tekrar eden anterior omuz çıkışlı 13 hasta tedavi edildi. Anemnez, muayene ve görüntüleme yöntemleri tedavi öncesi dikkatle yapıldı. Kiyaslamalı omuz BT ve USG'si, çift kontraslı omuz eklem BT'si, per operatuar tanısal omuz artroskopisi özellikle yapıldı.

Tekrar eden anterior omuz çıkışlı hasta dikkatle incelenmeli ve temel çıkış etkeni tedavi öncesi muhakkak tespit edilmelidir. İyi tedavi için doğru tanı esastır.

Anahtar Kelimeler: Tekrar eden anterior omuz instabilitesi, TUBS, AMBRI.

SUMMARY

TREATMENT PLAN IN RECURRENT ANTERIOR GLENOHUMERAL INSTABILITY

Recurrent anterior glenohumeral instability is examined in two groups. The first group is characterized by trauma, unidirectional instability, Bankart lesion and surgical procedure (TUBS). The second group, on the other hand is characterized by the absence of trauma, multidirectional bilateral instability and is treated with inferior capsular shift plus rehabilitation (AMBRI). Many surgical procedures have been described for the treatment of recurrent anterior glenohumeral instability including subscapular muscle procedures, bone block, corocoid transfer, other open repairs and arthroscopic repair.

Successful treatment of a patient with anterior glenohumeral instability necessitates first the choice between surgery or rehabilitation. If surgery will be the choice, the next step involves the selection of the appropriate surgical method.

The basic etiologic factor in recurrent anterior glenohumeral instability should be elucidated before the treatment plan. A detailed history and physical examination and specific imaging techniques are used for this purpose.

13 patients with recurrent anterior glenohumeral instability were treated in the department of orthopaedical surgery, faculty of medicine, university of Trakya. History, physical examination and imaging techniques including compared shoulder CT and USG, double contrast shoulder arthro CT and diagnostic per-operative shoulder arthroscopy were performed.

The patients with recurrent anterior glenohumeral instability should be carefully examined and the basic etiologic factor should be determined before the treatment. Correct diagnosis is essential for perfect treatment.

Key Words: Recurrent anterior shoulder instability, TUBS, AMBRI

¹ Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

² Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, EDİRNE

³ Yrd. Doç. Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, EDİRNE

Omuz instabilitesi çok uzun süredir hekimleri meşgul etmektedir. İsadan önce 3000 yıllarına kadar uzanan tedavi prensibleri vardır. O tarihten günümüze deðin yapılan çalışmalar çok geniş bir tedavi çeşitliliðini ortaya koymuþtur. Günümüz hekimleride bu çeşitlilik arasından hastasına uygun olanı kullanmak durumundadır. Ancak seçimin doğru yapılması çok önemlidir. Seçimi, gelişen tanı araçları ve günümüz insanının bekleyişleri oldukça etkilemektedir. Klinigimizde prospektif olarak yapmakta olduğumuz bu çalışmamızda, tekrarlayan omuz çıkışlarında tedavi yönteminin belirlenmesindeki prensibleri irdeledik.

MATERİYAL VE METOD

Bu çalışma esnasında 1992-1995 yılları arasında Trakya Üniversitesi tıp fakültesi ortopedi ve travmatoloji kliniðinde 13 hasta değerlendirildi. Hastaların hepsi tekrarlayan tam omuz anterior çıkıştı id. Hastaların ilk değerlendirilmesi geniş bir anamnez alınması ile başlandı. Anamnezde ilk yaralanma, çıkış sayı, ailesel faktörler, mesleği, bizden beklenisi ve çıkışı ilgilendiren diğer tüm özellikler ayrıntıları ile araştırıldı. Fizik muayenede özellikle korkutma ve oluk testleri araştırıldı. Bunun yanı sıra omuz hareket genişliği, omuz kas gücü, omuz kuþağı diğer eklemlerinin tam fizik muayenesi yapıldı. Radyolojik incelemeler rutin omuz gerçek PA, gerçek skapula yan grafileri ile çekilebilirse aksiller grafilerle başlatıldı. Rutin omuz ultrasonografisi omuz kuþağı kaslarını ortaya koymak için çekildi. Bu incelemeye özellikle sub skapular adale değerlendirildi. Cerrahi düşündüğümüz tüm hastalara çif kontrast omuz eklemi BT'si çekildi.

Bütün bu uygulamaların sonucunda hastaya uygun tedavi protokolu saptandı. Cerrahi öncesi, aynı seanssta mutlaka tanısal omuz artroskopisi yapıldı. Artroskopi ile bulgular tekrar kontrol edildi ve hastaların tümü açık cerrahi ile tedavi edildi. Bazi özel durumların dışında ameliyat sonrası 3 hafta velpau sargası, akabinde 3 hafta omuz sınırlı egzersizleri ile birlikte sling uygulaması ve 6. haftadan itibaren fakültemiz FTR kliniðinde omuz rehabilitasyonu uygulandı. Rehabilitasyona başlamadan önce hastalar tek tek ele alınarak ağrı, eklem hareket açılığı (EHA) ve kas güçleri açısından değerlendirildi. Gerekli görülen durumlarda ısıtıcı ajanlar, soðuk uygulama ya da TENS (transkutan sinir stimulasyonu) tedavilerinden yararlanıldı. EHA'da kısıtlılık saptanan hastalara ısı sonrası ağrı sınırına kadar germe, pasif EHA egzersizleri ve PNF (propriozeptif

nöromusküler fasilitasyon) teknikleri uygulandı. Hastalara rehabilitasyon süreci boyunca düzenli kas testleri yapılarak sonuçlara göre aktif ve progresif egzersizler (De Lorme) uygulandı ve taburculuk aşamasında bunlardan oluşan ev egzersiz programı verildi.

SONUÇLAR

Hastalarımızın 2 tanesi kadın, 11 tanesi erkekti. Kadın hastalarımızdan bir tanesi banka memuru, diðeri ise 18 yaşında çiftçi idi. 11 erkek hastamızın yaş ortalaması 32.4 idi. 6 tanesi çiftçi, 2 tanesi asker, 3 tanesi ise memur olup hiçbir aktif spor yapmamaktaydı. Ancak tüm hastalarımız ağrı ve çıkışma korkularının giderilmesini, omuz hareketlerinde kısıtlılıklarının olmamasını özellikle tedaviden beklediklerini belirtti.

Fizik muayenede öncelikle korkutma testi araştırıldı. Tüm hastalarımızda korkutma testi pozitifti. Ancak testin 60, 90, ve 120 abduksiyon derecelerindeki araştırmasında anlamlı bir fark bulunmadı. Oluk testi 2 si bayan toplam 6 hastamızda demonstratif görüldü. Eksternal rotasyonun uygulanmadığı omuz abduksiyonlarında hareket kısıtlılıðı tespit edilmedi. Eksternal rotasyon, sıfır derece abduksiyonda araştırıldı ve tüm hastalarda 10 ile 20 derece arasında kısıtlılık tespit edildi. Omuz kuþağı diğer eklemlerinde belirgin bir patoloji bulunmadı.

Rutin radyolojik incelemede anterior glenoidde skleroz 2 hastada, peri kapsüller kalsifikasyon 1 hastada görüldü. 7 hastamızın çıkış grafileri mevcuttu. Bunlardan 6 tanesi sub korokoid, 1 tanesi ise sub glenoid çıktı. 7 hastamızda iyi bir axiller grafi çekilemedi. Çekilen 6 hastanın axiller grafisinde ise 2 hastada glenoidde skleroz görüldü. Hill Sachs lezyonu özellikle grafilerde araştırılmadı.

Omuz ultrasonografisinde Rotator manşet yırtığı görülmedi. Ancak 4 hastada subskapular adalede incelme ve düzensizlik tespit edildi.

Hastalarımızın tümüne çif kontrast omuz eklem BT'si yapıldı. 2 kadın ve 1 erkek hastamızda kapsüller genişleme tespit edildi. 10 hastamızda ise labral ayırmaya görüldü. Bulgular artroskopi ve açık artrotomi ile teyid edildiler. Hastaların tümünden Hill Sachs lezyonu tespit edildi. Bunlardan 3 tanesi yüzeyeldi ki 2 tanesinin intra artiküler ekstra kartilajöz olduğu artroskopi ile görüldü. Bir hastanın Hill Sachs lezyonu oldukça derindi. Bu hastada tutulumun % 20 civarında olması, skalen blok anestezi altında eksternal rotasyon zorlamasında çekilen BT de çıkışma işlemine

katkısının olmadığını tespit edilmesi üzerine protez uygulaması düşünülmeli.

Tüm bu tanışal yöntemlerin sonucunda, kapsüler genişlemesi olan 3 hastaya Neer'in tariflediği kapsüler sıft uygulandı. Birisi hariç hiçbirine sub skapular sıft yapılmadı. 1 vakamızda ise kapsülün çok ince olmasından dolayı sub skapular sıft yapıldı. Labrum ve /veya kapsül ayrışması tespit edilen 10 hastada ise Bankart ameliyatı gerçekleştirildi.

Post operatif evrede hiç bir hastada komplikasyona rastlanmadı. Sub skapular sıft yapılan bir vakamızın dışındaki hiç bir vakada anlamlı bir omuz kısıtlılığına rastlanmadı. Hiç bir hastamızda korkutma testi elde edilemedi. Ortalama 2.3 yıllık takipte, rekürrens görülmeli.

TARTIŞMA

Tekrar eden anteriör omuz glenohumeral çıkışlarında ilk saptanması gereken, istemli olup olmadığıdır (9). Çünkü istemli gleno humeral instabiliteler öncelikle psikiyatrik yönden tedavi edilmelidir.

Akabinde TUBS ve AMBRİ sınıflaması yapılmalıdır (14). Doğru sınıflama ile iyi sonuç alma şansı doğru orantılıdır (1, 7). Sorun sınıflamanın nasıl yapılacağıdır.

Öncelikle iyi bir öykü ile işe başlanmalıdır. (3) Ailede tekrarlayan omuz çıkışı anemnezi прогноз tespit için araştırılmalıdır (4). Çıkığı oluşturan mekanizma, tasnif için bilgi vereceğinden önemle irdelenmelidir (9). Meslek ve spordan beklenen elbetteki tedavi protokolunu etkileceğinden, iyi değerlendirilmelidir.

Öykü aşamasında kafamızda bir şeyle oluşsada, fizik muayene ile sonuca daha iyi yaklaşılacaktır. Korutma testinin tekrarlayan

anterior gleno humeral instabilitelerde en önemli test olduğu bildirilmiştir (2). Ancak bu testin impingement testi ile benzer olması, olayın bir bütün olarak alınmasını ve tam bir fizik muayene ile ayrıntıları iyi yapılmasını gerektirir.

Konvansiyonel radyoloji ilk tetkiktir, gerçek PA ve gerçek skapula yan ile omuz aksiller grafilerinden oluşur (14). Olayı genişletecek çeşitli grafi yöntemleri tariflenmiştir (8, 11, 14). Ancak daha ileri inceleme yöntemlerimiz olduğu için bunlara itibar etmedik. Omuz USG si ile rotator manşetin özellikle incelenmesi, tedavi planının yapılmasında gereklidir (10). Bizde tüm vakalarımızı USG ile inceledik ve rotator manşet yırtığını rastlamadık.

Cerrahi düşündüğümüz hastaya tam bir sınıflama ve seçilecek cerrahi yöntemi belirlemek için çift kontrast omuz eklem BT sini rutin uyguladık. Özellikle Hill Sachs lezyonunun varlığını ve derinliğini, glenoidden labrum ve/veya kapsül ayrışmasını, genişlemiş kapsülü, glenoid açılanmasını kontraslı omuz eklem BT'si ile araştırıldı (13, 5). Gerek literatürde gerekse bizim serimizde omuz kontraslı eklem BT'si nin sonuçlarına oldukça güvenebileceğimizi görüldü.

Cerrahi öncesi yaptığımız rutin artroskopî ile sonuçlar son bir kere gözden geçirildi. Artroskopînin tanışal özelliğinin yanı sıra tedavide yeri vardır (6, 15). Ancak bizim serimizde tedavilerin hepsi açık artrotomi ile yapılmıştır.

Bütün bu aşamaların sonucunda tekrar eden anterior gleno humeral instabilitelerin tedavi protokolünün hastaya özgün bir şekilde yapılması gerektiğini düşünmektedir. Bu inanç doğrultusunda serimizdeki tüm hastalar irdelenmiş ve tedavi protokolü ona göre saptanmıştır. Az bir sürede olsa bugüne kadar olan takibimizdeki iyi sonuçlar, gelecek için bizi umutlandırmıştır.

KAYNAKLAR

- David W, A, Russell F, W. T-plasty modification of the bancart procedure for multidirectional instability of the anterior and inferior types. *JBJS*, 73-A, No1, January 1991.
- Cordasco, F; Stinmann, S. Arthroscopic treatment of glenoid labral tears. *American of Sports Medicine*. 21, No 3, 1993.
- Detrisac, D; Johnson, L. Arthroscopic shoulder capsularaphy using metal staples. *Shoulder Arthroscopy and Related Surgery*, 24; 71-88, No 1, 1993.
- Dowdy, P; O'Driscoll, S. Shoulder instability, An analysis of family history. *JBJS*, 75-B, No 5, 1993.
- Hunter, J; Blatzs, D. SLAP lesions of the glenoid labrum: CT arthographic and arthroscopic correlation. *Radiology* 184; 513-518, 1992.
- Hurley, JA; Anderson, TA. Shoulder arthroscopy. *Am. J Sports Med.* 18: 480-483, 1990.
- Kronberg, M; Broström, A. Humeral head retroversion in patients with unstable humeroscapular joints. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 260, 1990.
- Maki, N. Cineradiographic studies with shoulder instabilities. *The American J of Sports Medicine*. 16- No 4, 1988.
- McAuliffe, T. B; Pangayatselvan, T; Failed surgery for recurrent anterior dislocations of the shoulder. *JBJS*, 70-B, No 5, 1988.
- Nobuhara, K; Ikeda, H. Rotator intervallesion. *Clinical Orthopaedics and Releated Research*, 223, 44-50, 1987

11. Papillion, J; Shall, L. Fluoroscopic evaluation for subtle shoulder instability. *The American J. Sports Medicine*, 20-No 5, 1992.
12. Paules, LE; Grauer, JD. Traumatic lesion of biceps tendon, RC interval and superior labrum. *Orthop Trans* 15:85-86, 1991.
13. Rames, R; Karzej, L, R. Injuries to the glenoid labrum, including slap lesions. *Orthopaedics Clinics North America*, 24, No 1, 1993.
14. Rockwood, C; Matsen, F. The shoulder. W. B. Saunders company. Glenohumeral unstability. Chapter 14, Pp 526-622, 1990.
15. Warner, J; Warren, R. Arthroscopic bankart repair using a cannulated, absorbable fixation device. *Operative Techniques in Orthopaedics* Vol 1-No 2 (April), pp 192-198, 1991.