

Olgı Sunumu / Case Report

Epileptik Hastada İki Taraflı Geniş Hill Sachs Lezyonunun İnfraspinatus Tendon Transferi ile Rekonstrüksiyonu: Olgı Sunumu

The Reconstruction of Bilateral Large Hill Sachs Lesion by the Infraspinatus Tendon Transfer Technique in Epileptic Patients: A Case Report

Osman GÜVEN, Ufuk NALBANTOĞLU, Arel GERELİ, Nuri AYDIN, Barış KOCAOĞLU

Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, İstanbul

Başvuru tarihi / Submitted: 22.07.2007 Kabul tarihi / Accepted: 20.08.2007

Humerus başında görülen kemik defektler (Hill Sachs lezyonu) epilepsi hastalarındaki glenohumeral eklem instabilitiesinin önemli bir nedenidir. Bu lezyonların rekonstrüksiyonu için anatomik veya anatomik olmayan birçok yöntem tanımlanmıştır ancak epilepsi hastalarında halen yüksek redislokasyon oranları bildirilmektedir. Bu yazınca, epilepsi nedeniyle her iki humerus başında geniş defektleri bulunan hastada defektlerin infraspinatus tendon transferi yöntemi ile rekonstrüksiyonu sunuldu. Yirmi üç yaşındaki kadın hasta jeneralize tipteki tonik klonik epileptik nöbetler nedeniyle birçok kez glenohumeral dislokasyon yaşamıştı. İncelenen bilgisayarlı tomografi kesitlerinde posterior yerleşimli iki taraflı geniş humeral defekt saptandı. Hastaya, sol glenohumeral instabilite nedeniyle daha önceden açık bankart onarımı yapılmıştı. Ancak redislokasyon görülmesi üzerine, posteriordaki humeral defekt, infraspinatus tendon transferi ile rekonstrükte edildi. Nöbetlerin devam etmesine karşın 21 ay sonunda redislokasyon görülmemiştir. Bunun üzerine sağ humerus başında defekte de infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Ameliyat sonrası yedinci ayda redislokasyon görülmemiştir. Literatürde, humeral defektlerin infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyonu tanımlanmış olmasına karşın bu yöntemin epileptik hastalardaki uygulamalarına ait bir yayına rastlanmadı. Posterior yerleşimli ve anterior instabilite yapan geniş humeral defektlerde uygulanan infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon yönteminin epilepsi hastaları için iyi bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Sözcükler: Epilepsi; humeral defect; Hill Sachs lezyonu; rekonstrüksiyon; infraspinatus tendon transferi.

The humeral defects (Hill Sachs lesion) are considerable factors for glenohumeral instability in epileptic patients. Many surgical procedures have been described for the management of humeral osseous deficiencies, however, epileptic patients still have a very high rate of recurrent dislocation. We reported bilateral large humeral defect due to seizures in epileptic patient which was reconstructed with infraspinatus tendon transfer. A 23-year-old woman who had had glenohumeral dislocation, related to generalized tonic-clonic epileptic seizures, many times before. In computed tomography, there were posterior humeral defects causing instability on both sides. We had performed infraspinatus tendon transfer to reconstruct the humeral defect previously. Upon detecting dislocation, posterior humeral defect was reconstructed with infraspinatus tendon transfer. Despite having had several epileptic seizures since, no redislocation occurred at the 21st month of follow-up. Encouraged with this, we performed the same operation on the right shoulder. There was no redislocation determined at the seventh postoperative month. The reconstruction of the humeral defects by the infraspinatus tendon transfer technique is described in the literature, but we could not find a study about this technique regarding epileptic patients. The technique of infraspinatus tendon transfer with bone block for posterior large humeral defects causing anterior instability is a good choice for epileptic patients.

Key Words: Epilepsy; humeral defect; Hill Sachs lesion; reconstruction; infraspinatus tendon transfer.

Trakya Univ Tip Fak Derg 2008;25(2):145-148

İletişim adresi (Correspondence): Dr. Arel Gereli. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, 34718 Acıbadem, Kadıköy, İstanbul. Tel: 0216 - 544 43 17 Faks (Fax): 0216 - 544 00 00 e-posta (e-mail): arelgereli@gmail.com

© Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi Dergisi. Ekin Tıbbi Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.
© Medical Journal of Trakya University. Published by Ekin Medical Publishing. All rights reserved.

Epileptik kasılmalar glenohumeral eklemde dislokasyon ve instabiliteye neden olabilir. Epilepsiye özgü bir yapısal lezyon ve instabilitete tipi henüz tanımlanmamıştır.^[1] Epilepsi hastalarında humerus başında geniş kemik defektler görülebilmektedir.^[1,2] Bu hasta grubundaki defektlerin rekonstrüksiyonu oldukça zordur ve halen geçerli bir yöntem bulunmamaktadır.^[1-3] Lezyonun instabiliteye katkısı defektin çapı, derinliği ve yeri ile ilişkilidir.^[4,5] Anterior instabiliteye neden olan humerus başı defektlerinde infraspinatus tendon transferi ile ilgili olarak yayınlanmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu tekniğin epileptik hastalardaki uygulamaları ile ilgili bir yayına rastlanamamıştır. Epilepsi zemininde iki taraflı posterior geniş humeral defekti olan ve anterior instabilitesi nedeniyle infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksyon yapılan hastanın sonuçları bu çalışmada bildirilecektir.

OLGU SUNUMU

Yirmi üç yaşında kadın hasta 1994 yıldan beri jeneralize tonik klonik tipte epileptik nöbetler nedeniyle tedavi altındaydı. İlk glenohumeral dislokasyonunu 13 yaşında bir epileptik nöbet sırasında yaşayan hastanın sonraki yıllarda sağ omzuna dokuz kez, sol omzuna 11 kez dislokasyon nedeniyle kapalı redüksyon uygulanmıştır. Dislokasyonların bir kısmı epileptik nöbet sırasında görülürken bir kısmı da gündelik aktiviteler sırasında meydana gelmiştir. Hastanın anterior glenohumeral instabilitesi için Şubat 2004 tarihinde sol omzuna açık Bankart onarımı ameliyatı uygulandı. Ancak bu ameliyattan 11 ay sonra aynı tarafta redislokasyon görüldü. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde jeneralize tonik klonik nöbetlerin tedavisi için karbamazepin kullanımı dışında özellik yoktu.

Fizik muayenede deltoid adalelerde iki taraflı hafif derecede atrofi vardı. Glenohumeral eklem hareketlerinde kısıtlanma yoktu. Sağ tarafta daha belirgin olmak üzere anterior korkutma testi iki taraflı pozitifti. Sulkus belirtisi solda 1+ sağda 2+ olarak değerlendirildi. Shift load testi iki taraflı düzey 1 pozitifti. Ameliyat öncesi Constant omuz skoru sağ omuz için 86, sol omuz için 94 idi.

Radyolojik incelemede iki taraflı geniş humeral defekt (Hill Sachs lezyonu) tespit edildi. Glenoid bütünlüğünde bir bozukluk görülmedi. Her iki omuz eklemine yönelik yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde transvers kesitlerde posterior yerleşimli sağda vesolda 1 cm derinliğinde 1.5x1.5 cm genişliğinde birer humeral defekt olduğu görüldü (Şekil 1). Sol humerus başı posteriorundaki defekte yönelik Mart 2005 tarihinde infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksyon ameliyatı yapıldı. Yirmi bir aylık takipte sol glenohumeral eklemde redislokasyon görülmeyen hastanın Constant omuz skoru 92 bulundu. Sağ glenohumeral eklemde habituel dislokasyonları devam eden hastaya Aralık 2006 tarihinde infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksyon uygulandı. Ameliyatın yedinci ayında hastada redislokasyon görülmemi ve Constant omuz skoru 90 olarak değerlendirildi.

Humerus başına ulaşmak için akromionun posterolateral köşesinin 2 cm medialinden başlayan posterior longitudinal insizyon kullanıldı. Daha sonra infraspinatus tendonunun humerus başına yapışma yerinden defekt büyülüğu ve derinliğine uygun kemik blok, osteotom ile üzerrindeki kapsül ve tendonla birlikte kaldırıldı. Kol hafif iç rotasyondayken humerus başındaki defekt kürete edilerek hazırlandı. Infraspinatus tendonunu içeren kemik blok defekt içine transfer edilerek bir adet pullu spongioz vida ile tespit edildi (Şekil 2). Ameliyat sonrasında üç hafta süreyle omuz kol askısı ile immobilizasyon yapıldı. Üçüncü haftadan sonra dış rotasyon korunarak pasif ve yardımcı aktif eklem hareket aralığı egzersizlerine başlandı. Altıncı haftadan sonra dış rotasyon egzersizlerine izin verildi.

TARTIŞMA

Epileptik kasılmalar, düşmeye bağlı travma veya düzensiz ve kuvvetli adale spazmları sonucu glenohumeral eklemde dislokasyona neden olabilir. Bu dislokasyonlar humerus başında veya glenoidde görülebilen geniş defektler nedeniyle tekrarlamaya eğilimlidir.^[1,2,6] Epilepsiye özgü bir lezyon veya instabilitete tipi henüz tanımlanmamıştır. Buhler ve Gerber^[1] anterior instabilitesi olan epileptik hastalarda geniş Hill

Sachs lezyonu varlığını normal nüfusa göre 12 kat, glenoid kırığı sıklığını beş kat daha fazla bulmuşlardır. Literatürde epileptik hastalarda redislokasyon oranı ilk ameliyat sonrasında %50'ye yakın bildirilmektedir.^[1,2]

Connolly,^[7] küçük Hill Sachs lezyonu olan 10 hastaya aynı seansta anterior stabilizasyonla birlikte infraspinatus tendon transferi uygulamış ve başarılı sonuçlar bildirmiştir. Willis ve ark.,^[8] Hill Sachs lezyonu ile birlikte reküren anteriyor glenohumeral instabilitesi olan 53 hastalık çalışmalarında, primer stabilizasyon ameliyatı olarak infraspinatus tendon transferi yapılan hastalarda rekürens oranını %12 olarak bulmuşlar ve infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon ameliyatının, primer tamir sonrası redislokasyon görülen hastalarda daha başarılı olduğunu bildirmiştirlerdir.

Sunulan epileptik olguda, sol glenohumeral eklemde primer Bankart tamiri sonrası redislokasyon nedeniyle, posterior yerleşimli geniş Hill Sachs lezyonu için infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon yapıldı. Yirmi bir ay sonunda hasta ameliyattan memnun olduğunu bildirdi. Bu süre içerisinde üç kere epileptik nöbet geçirmesine rağmen redislokasyon görül-

medi. Bu başarılı sonuc üzerine sağ humerustaki hemen hemen aynı lezyona bu kez primer olarak infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon yapıldı ve yedi aylık takipte redislokasyon görülmeli. İnfraspinatus tendon transferi, literatürde tanımlanmış olmasına karşın, bu ameliyatın epilepsi hastalarındaki uygulamalarına yönelik bir çalışmaya rastlanmadı. İnfraspinatus tendonunun kemik blokla birlikte humerustaki defekt içine transferi, bu sorunlu hasta grubunda, defekte bağlı instabiliteyi başarılı bir şekilde tedavi edebilir. Aynı seansta diğer instabilitet ameliyatlarıyla kombin edilebileceği gibi, primer olarak da uygulanabilir. Defekti doğrudan doldurarak eksternal rotasyonda humerus başınaın anteriora kaymasını engeller. Anatomik rekonstrüksiyon olmamasına rağmen tendonun yarattığı yumuşak mekanik blok, omuz hareketlerinde belirgin kısıtlanmaya neden olmamaktadır.

Posterior yerleşimli ve anterior instabilitete neden olan geniş humeral defektlerde, primer veya başarısız ilk ameliyat sekonder uygulanan infraspinatus tendon transferi ile rekonstrüksiyon yönteminin epilepsi hastaları için iyi bir seçenek olduğunu düşünüyoruz.



Şekil 1. Sağ humerustaki lezyonun bilgisayarlı tomografideki görüntüüsü.



Şekil 2. Sağ humerusun ameliyat sonrası bilgisayarlı tomografi görüntüüsü.

KAYNAKLAR

1. Bühl M, Gerber C. Shoulder instability related to epileptic seizures. *J Shoulder Elbow Surg* 2002; 11:339-44.
2. Hutchinson JW, Neumann L, Wallace WA. Bone buttress operation for recurrent anterior shoulder dislocation in epilepsy. *J Bone Joint Surg [Br]* 1995; 77:928-32.
3. Chen AL, Hunt SA, Hawkins RJ, Zuckerman JD. Management of bone loss associated with recurrent anterior glenohumeral instability. *Am J Sports Med* 2005;33:912-25.
4. Flaton EL, Warner JJP. Instructional course lectures, The American Academy of Orthopaedic Surgeons-instability of the shoulder: complex problems and failed repairs. Part I. Relevant biomechanics, multi-directional instability, and severe loss of glenoid and humeral bone. *J Bone Joint Surg [Am]* 1998; 80:122-40.
5. Taylor DC, Arciero RA. Pathologic changes associated with shoulder dislocations. Arthroscopic and physical examination findings in first-time, traumatic anterior dislocations. *Am J Sports Med* 1997; 25:306-11.
6. Iosifidis MI, Giannoulis I, Traios S, Giantsis G. Simultaneous bilateral posterior dislocation of the shoulder: diagnostic problems and management. A case report. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006;14:766-70.
7. Connolly JF. 'Humeral head defects associated with shoulder dislocations: Their diagnostic and surgical significance' *Instr Course Lect* 1972;21:42-54.
8. Willis JB, Meyn MA, Miller EH. 'Infraspinatus transfer for recurrent anterior dislocation of the shoulder' Paper presented at The Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons; February 27, 1981; Las Vegas: 1981.