

# Tekrarlayan Anterior Omuz İnstabilitelelerinde Tedavinin Planlanması

Hakan GÜRBÜZ<sup>1</sup>, Aziz KURTULUŞ<sup>2</sup>, Yavuz KOCABEY<sup>2</sup>, Halil ÜNALAN<sup>3</sup>

## ÖZET

*Tekrar eden anterior glenohumeral instabiliteleler iki grupta incelenirler. İlk grub travma anemnezli, tek yönlü instabilite, Bankart lezyonlu, cerrahi tedavi ile karakterizedir (TUBS). İkinci grub travma anemnezinin yokluğu, çok yönlü instabilite, iki taraflı, rehabilitasyon, inferior kapsüller çift ile karakterizedir (AMBRI). Tekrar eden anterior omuz instabilitelelerinin tedavisinde bir çok cerrahi yöntem tariflenmiştir: Sub skapular kas cerrahileri, kemik bloklama, korokoid transferler, diğer açık yöntemler ve artroskopik onarımlar.*

*Tekrar eden anterior omuz çıkıklı bir hasta tedavi edilmek istendiği zaman, ilk önce tedavi metodu seçilmelidir; cerrahi yada rehabilitasyon. Eğer cerrahi düşünülüyorsa cerrahi yöntem belirlenmelidir. Tedavi planlanmasından önce tekrar eden anterior omuz çıkığındaki 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 kliniğinde tekrar eden anterior omuz çıkıklı 13 hasta tedavi edildi. Anemnez, muayene ve görüntüleme yöntemleri tedavi öncesi dikkatle yapıldı. Kıyaslamalı omuz BT ve USG'si, çift kontrastlı omuz eklem BT'si, per operatuar tanısal omuz artroskopisi özellikle yapıldı.*

*Tekrar eden anterior omuz çıkıklı hasta dikkatle incelenmeli ve temel çıkık 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

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

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

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

Omuz instabilitesi çok uzun süredir hekimleri meşgul etmektedir. İnsandan önce 3000 yıllarına kadar uzanan tedavi prensipleri vardır. O tarihten günümüze değin yapılan çalışmalar çok geniş bir tedavi çeşitliliğini ortaya koymuştur. 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. Kliniğimizde prospektif olarak yapmakta olduğumuz bu çalışmamızda, tekrarlayan omuz çıkıklarında tedavi yönteminin belirlenmesindeki prensipleri irdeledik.

## MATERYAL VE METOD

Bu çalışma esnasında 1992-1995 yılları arasında Trakya Üniversitesi tıp fakültesi ortopedi ve travmatoloji kliniğinde 13 hasta değerlendirildi. Hastaların hepsi tekrarlayan tam omuz anterior çıkığı idi. Hastaların ilk değerlendirilmesi geniş bir anamnez alınması ile başladı. Anamnezde ilk yaralanma, çıkık sayısı, ailesel faktörler, mesleği, bizden beklentisi ve çıkığı 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 kuşağı 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 kuşağı kaslarını ortaya koymak için çekildi. Bu incelemede özellikle sub skapular adale değerlendirildi. Cerrahi düşündüğümüz tüm hastalara çift kontrast omuz eklemi BT'si çekildi.

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

nöromüsküler 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, diğeri ise 18 yaşında çiftçi idi. 11 erkek hastamızın yaş ortalaması 32.4 idi. 6 tanesi çiftçi, 2 tanesi asker, 3 tanesi ise memur olup hiçbiri aktif spor yapmamaktaydı. Ancak tüm hastalarımız ağrı ve çıkma korkularının giderilmesini, omuz hareketlerinde kısıtlılıklarının olmamasını özellikle tedaviden beklediklerini belirttiler.

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

Rutin radyolojik incelemede anterior glenoidde skleroz 2 hastada, peri kapsüller kalsifikasyon 1 hastada görüldü. 7 hastamızın çıkık grafileri mevcuttu. Bunlardan 6 tanesi sub korokoid, 1 tanesi ise sub glenoid çıkıktı. 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 incelleme ve düzensizlik tespit edildi.

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

katkısının olmadığını tespit edilmesi üzerine protez uygulaması düşünülmüdü.

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

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

## TARTIŞMA

Tekrar eden anterior omuz glenohumeral çıkıklarında 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 çıkığı anemnezi prognoz tespiti için araştırılmalıdır (4). Çıkığı oluşturan mekanizma, tasnif için bilgi vereceğinden önemle irdelenmelidir (9). Meslek ve spordan beklenti elbetteki tedavi protokolünü etkileceğinden, iyi değerlendirilmelidir.

Öykü aşamasında kafamızda bir şeyler oluşsada, fizik muayene ile sonuca daha iyi yaklaşılacaktır. Korumta 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 ayırıcı tanıların 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 irdeledik ve rotator manşet yırtığına 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 kontrastlı omuz eklem BT'si ile araştırıldı (13, 5). Gerek literatürde gerekse bizim serimizde omuz kontrastlı eklem BT'si nin sonuçlarına oldukça güvenebileceğimizi görüldü.

Cerrahi öncesi yaptığımız rutin artroskopi ile sonuçlar son bir kere gözden geçirildi. Artroskopinin tanısal özelliğinin yanısıra tedavide de yeri vardır (6, 15). Ancak bizim serimizde tedavilerin hepsi açık artrotomi ile yapılmıştır.

Bütün bu aşamaların sonucunda tekrar eden anterior gleno humeral instabilitelerin tedavi prokolunun hastaya özgün bir şekilde yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. 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

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

11. Papilion, 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 instability. Chapter 14, Pp 526-622, 1990.
15. Warner, J; Warren, R. Arthroscopic bankart repair using a cannulated, absorbable fixation device. *Operative Technics in Orthopaedics Vol 1-No 2* (April), pp 192-198, 1991.