

BÖLÜM

2

OMUZ İNSTABİLİTESİ İLİŞKİLİ PATOLOJİLER

Onur TAYDAŞ¹

Hayri OĞUL²

Ömer Faruk ATEŞ³

Vaka 1: Akut Hill Sachs Lezyonu

Vaka 2: Kronik Hill Sachs Lezyonu

Vaka 3: Kemik Bankart Lezyonu

Vaka 4: Anterior Labroligamentöz Periosteal “Sleeve” Avülsiyon Lezyonu (ALPSA)

Vaka 5: Glenolabral Artiküler Parçalanma Lezyonu (GLAD) Perthes Lezyonu

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, taydasonur@gmail.com

² Profesör Doktor, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, hayri.ogul@atauni.edu.tr

³ Uzman Doktor, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, omfarat@hotmail.com

Ayırıcı Tanı

Bu bölgede görülen diğer lezyonlarla karışabilir. ALPSA da labrumda mediale yer değiştirme görülürken, Bankart'ta glenoidde kopma-ayrılma söz konusudur. Bazı olgularda sublabral resess de ayırıcı tanıya girebilir.

Önemli Noktalar

Perthes lezyonu anterior glenohumeral yaralanma tiplerinden birisidir. Anterior inferior labrumda yırtık ve glenoid kenarından kalkma izlenir, ancak total kopma veya ayrılma söz konusu değildir. Labrum tamamen kopmamış olsa da humerus başının eklem içerisinde kalmasına destek özelliğini yitirmiştir (11). Bu da omuz instabilitesine katkı sağlayan bir durumdur. Bankart lezyonunun varyantı olarak da değerlendirilmektedir.

Labrum normal lokalizasyonunda olduğu için kolaylıkla gözden kaçabilir. MR artrogram lezyon içerisine kontrast gireceğinden görüntülemeye oldukça faydalıdır (10). ABER pozisyonu, lezyonun görülebilirliğini artırmaktadır (10).

Tuzaklar

Özellikle skar dokusu lezyonun içerisine efüzyon girmesini engellediğinde kolaylıkla gözden kaçırılabilir. Diğer anteroinferior glenohumeral yaralanmalarda olduğu gibi Perthes lezyonunda da en önemli konu bu bölgeye dikkatli bakmak ve bu bölge lezyonlarını akla getirmektir.

Tedavi ve yaklaşım

Labrumun cerrahi olarak onarımı primer tedavi yaklaşımıdır (11). Takiple bu bölgede skar dokusu gelişse de stabiliteye katkısı olmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Saupé N, White LM, Bleakney R, et al. Acute traumatic posterior shoulder dislocation: MR findings. *Radiology*. 2008;248(1):185-193.
2. Widjaja AB, Tran A, Bailey M, et al. Correlation between Bankart and Hill-Sachs lesions in anterior shoulder dislocation. *ANZ journal of surgery*. 2006;76(6):436-438.
3. Richards RD, Sartoris DJ, Pathria MN, et al. Hill-Sachs lesion and normal humeral groove: MR imaging features allowing their differentiation. *Radiology*. 1994;190(3):665-668.
4. Levine WN, Blaine TA, Ahmad CS. Minimally invasive shoulder and elbow surgery: CRC Press; 2007.
5. Horst K, Von Harten R, Weber C, et al. Assessment of coincidence and defect sizes in Bankart and Hill-Sachs lesions after anterior shoulder dislocation: a radiological study. *The British journal of radiology*. 2014;87(1034):20130673.
6. Nakagawa S, Mizuno N, Hiramatsu K, et al. Absorption of the bone fragment in shoulders with bony Bankart lesions caused by recurrent anterior dislocations or subluxations: when does it occur? *The American journal of sports medicine*. 2013;41(6):1380-1386.

7. Sugaya H, Moriishi J, Dohi M, et al. Glenoid rim morphology in recurrent anterior glenohumeral instability. *JBJS*. 2003;85(5):878-884.
8. De Coninck T, Ngai SS, Tafur M, et al. Imaging the glenoid labrum and labral tears. *Radiographics*. 2016;36(6):1628-1647.
9. Song H-T, Huh Y-M, Kim S, et al. The usefulness of virtual MR arthroscopy as an adjunct to conventional MR arthrography in detecting anterior labral lesions of the shoulder. *American Journal of Roentgenology*. 2009;192(4):149-155.
10. Robinson G, Ho Y, Finlay K, et al. Normal anatomy and common labral lesions at MR arthrography of the shoulder. *Clinical radiology*. 2006;61(10):805-821.
11. Wischer TK, Bredella MA, Genant HK, et al. Perthes Lesion (A Variant of the Bankart Lesion) MR Imaging and MR Arthrographic Findings with Surgical Correlation. *American Journal of Roentgenology*. 2002;178(1):233-237.