

16.

BÖLÜM

PARSİYEL ROTATOR MANŞET YIRTIKLARI

Göksel Gültekin ŞAHİNER¹

GİRİŞ

Rotator manşet yırtıkları omuz ağrısının en sık nedenidir. Parsiyel rotator manşet yırtıkları çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilen, farklı klinik tablolara neden olabilen omuz patolojileridir. Asemptomatik kalabileceği gibi, tam kat yırtıklardan bile daha gürültülü bir kliniğe de yol açabilir. Ortaya çıkan klinik, yırtığın lokalizasyonu ve büyüklüğü, sağlam kalan liflere binen yük, liflerin aktivite sırasındaki gerilimi ile değişebilmektedir.

Rotator manşet yırtıkları sıklıkla baskın kullanılan ekstremitelerde meydana gelmektedir. Hastalar genellikle 40 yaş üstüdür ve omuz hareketlerinde veya baş üstü aktivitelerde ağrı hissederler. Sıklıkla gece ağrısı vardır. Parsiyel rotator manşet yaralanmaları sıklıkla yaşlanma ile artan dejenerasyon, subakromial sıkışma veya travmaya maruz kalmak gibi nedenlere bağlı oluşmaktadır (1-3).

Genç yaşlarda genellikle omuz eklemi zorlayan sporlarla uğraşan kişilerde, tekrarlayıcı travmalara bağlı oluşurken, ileri yaşta olan kişilerde sıklıkla subakromial sıkışma ve tendondaki proteoglikanlar ve kollajen kaybına bağlı elastikiyetin kaybolması ile dejeneratif zeminde gelişmektedir. Parsiyel yırtıklarda, kişinin her zaman ağrısının olmaması, eklemin kullanılmaya devam edilmesi, sağlam kalan liflerin daha fazla yük ve gerilimin

maruz kalması gibi nedenlerle tablo genellikle ilerleyicidir. Parsiyel rotator manşet yırtıkları glenohumeral eklem yüzünde olabildiği gibi bursal yüzde veya intertisyel de olabilir.

Sher ve arkadaşları, asemptomatik hastalarda yapılan çalışmalarında rotator manşet yırtıklarının prevalansının %34 olduğu göstermiştir. Bunların %20'si tam kat rotator manşet yırtığı, %14'ünün ise parsiyel rotator manşet yırtığı olduğu görülmüştür. 40 yaş altında hiç tam kat yırtığı rotator manşet yırtığı olmadığı görülürken %4 oranda parsiyel rotator manşet yırtığı olduğu görülmüştür. 40-60 yaş arasında %4 oranda tam kat yırtığı rotator manşet yırtığı görülürken, %24 oranda parsiyel rotator manşet yırtığı olduğu gösterilmiştir. 60 yaş üstü bireylerde, %28 oranda tam kat rotator manşet yırtığı görülürken, %26 oranda parsiyel rotator manşet yırtığı olduğu gösterilmiştir (4).

Miligrom ve arkadaşları asemptomatik kişiler üzerinde ultrasonografi ile yaptıkları çalışmalarında, 40-60 yaş arası kişilerde rotator manşet yırtıklarının prevalansının %5-11 olduğunu gösterirken bu oranın 70 yaş bireylerde %80 olduğu tespit etmişlerdir (5).

KLİNİK

Parsiyel rotator manşet yırtıkları omuz ekleminde sıklıkla ağrıya neden olmaktadır. Bu is-

¹ Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, gokselsahiner80@gmail.com

bazı avantajları olmakla beraber artroskopik cerrahi, yarı açık cerrahi veya açık cerrahinin uzun dönem sonuçları açısından birbirlerine üstünlükleri yoktur. Cerrahi tedavide akromiyoplasti uygulanması gerekebilir, Akromiyoplastiyi rutin yapmamak, özenle seçilmiş hastalarda uygulamak gerekir.

KAYNAKÇA

1. McConville OR, Iannotti JP: Partial-thickness tears of the rotator cuff: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 1999 ;7(1):32-43.
2. Strauss EJ, Salata MJ, Kercher J, Barker JU, McGill K, Bach BR Jr, Romeo AA, Verma NN. Multimedia article. The arthroscopic management of partial-thickness rotator cuff tears: a systematic review of the literature. *Arthroscopy.* 2011 Apr;27(4):568-80. doi: 10.1016/j.arthro.2010.09.019.
3. Finnan RP, Crosby LA. Partial-thickness rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010 Jun;19(4):609-16. doi: 10.1016/j.jse.2009.10.017. Epub 2010 Feb 19.
4. Sher JS, Uribe JW, Posada A, Murphy BJ, Zlatkin MB. Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg Am.* 1995 Jan;77(1):10-5.
5. Milgrom C, Schaffler M, Gilbert S, van Holsbeeck M. Rotator-cuff changes in asymptomatic adults. The effect of age, hand dominance and gender. *J Bone Joint Surg Br.* 1995 Mar;77(2):296-8.
6. Mall NA, Kim HM, Keener JD, Steger-May K, Teefey SA, Middleton WD, Stobbs G, Yamaguchi K. Symptomatic progression of asymptomatic rotator cuff tears: a prospective study of clinical and sonographic variables. *J Bone Joint Surg Am.* 2010 Nov 17;92(16):2623-33. doi: 10.2106/JBJS.1.00506.
7. Maman E, Harris C, White L, Tomlinson G, Shashank M, Boynton E. Outcome of nonoperative treatment of symptomatic rotator cuff tears monitored by magnetic resonance imaging. *J Bone Joint Surg Am.* 2009 Aug;91(8):1898-906. doi: 10.2106/JBJS.G.01335.
8. Ozaki J, Fujimoto S, Nakagawa Y, Masuhara K, Tamai S. Tears of the rotator cuff of the shoulder associated with pathological changes in the acromion. A study in cadavera. *J Bone Joint Surg Am.* 1988 Sep;70(8):1224-30.
9. Fukuda H. The management of partial-thickness tears of the rotator cuff. *J Bone Joint Surg Br.* 2003 Jan;85(1):3-11.
10. Kim KC, Shin HD, Cha SM, Park JY. Repair integrity and functional outcome after arthroscopic conversion to a full-thickness rotator cuff tear: articular-versus bursal-side partial tears. *Am J Sports Med.* 2014 Feb;42(2):451-6 doi: 10.1177/0363546513512770. Epub 2013 Dec 6
11. Management of rotator cuff injuries, Clinical practice guideline, by the American Academy of Orthopaedic Surgeons March 11, 2019
12. Millstein ES, Snyder SJ. Arthroscopic management of partial, full-thickness, and complex rotator cuff tears: indications, techniques, and complications. *Arthroscopy.* 2003 Dec;19 Suppl 1:189-99. 18.
13. Conway JE. Arthroscopic repair of partial-thickness rotator cuff tears and SLAP lesions in professional baseball players. *Orthop Clin North Am.* 2001 Jul;32(3):443-56.
14. Lundgreen K, Lian ZS, Scott A, Engebretsen L. Increased levels of apoptosis and p53 in partial-thickness supraspinatus tendon tears. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2013 Jul;21(7):1636-41. doi: 10.1007/s00167-012-2226-9. Epub 2012 Oct 6. 20.
15. M K Mudge, V E Wood, G K Frykman. Rotator cuff tears associated with os acromiale. *J Bone Joint Surg Am.* 1984 Mar;66(3):427-9.
16. C A Bretzke, J R Crass, E V Craig, S B Feinberg. Ultrasonography of the rotator cuff. Normal and pathologic anatomy. *Invest Radiol.* May-Jun 1985;20(3):311-5. doi: 10.1097/00004424-198505000-00015.
17. R J Hawkins, G W Misamore, P E Hobeika. Surgery for full-thickness rotator-cuff tears. *J Bone Joint Surg Am.* 1985 Dec;67(9):1349-55.
18. J J Weiss. Intra-articular steroids in the treatment of rotator cuff tear: reappraisal by arthrography. *Arch Phys Med Rehabil.* 1981 Nov;62(11):555-7.
19. M Post, R Silver, M Singh. Rotator cuff tear. Diagnosis and treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 1983 Mar;(173):78-91.
20. R W Bassett, R H Cofield. Acute tears of the rotator cuff. The timing of surgical repair. *Clin Orthop Relat Res.* 1983 May;(175):18-24.
21. H Lilleby. Shoulder arthroscopy. *Acta Orthop Scand.* 1984 Oct;55(5):561-6. doi: 10.3109/17453678408992961.
22. R H Cofield. Arthroscopy of the shoulder. *Mayo Clin Proc.* 1983 Aug;58(8):501-8.