

# 36.

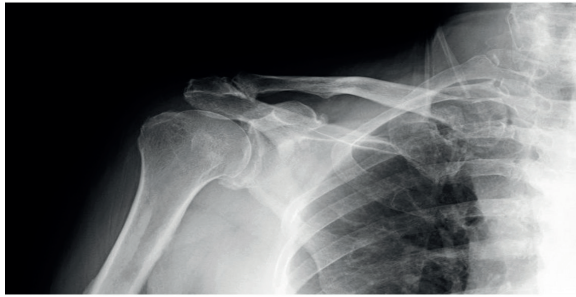
## BÖLÜM

# AKROMİYOKLAVİKÜLER ARTRİT

Emre ARIKAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Akromiyoklaviküler eklem patolojilerinin klinik olarak en yaygın nedeni osteoartrit(1) (Şekil 1). Akromiyoklaviküler eklem osteoartriti prevalansı hala net olarak bilinmemektedir(2). Akromiyoklaviküler eklem epidemiyolojik olarak yaşamın ikinci dekadında başlamakla birlikte ilerleyen yaş ile yaygınlığı artmaktadır(3). Halter, yüzme, basketbol gibi baş üstü aktiviteleri sık olarak yapan sporcularda yaygın olarak görülmektedir(4).



Şekil 1. Akromiyoklaviküler artrit

Omuz şikayetlerinin büyük bir bölümü subakromiyal bölgeden ve glenohumeral eklemden kaynaklandığından, akromiyoklaviküler, sternoklaviküler ve skapulotorasik eklemlerden kaynaklanan patolojiler genellikle gözden kaçırılır(5). Primer ya da sekonder osteoartrit, romatolojik patolojiler, travmatik osteoartrit, post-

ravmatik osteoartrit, enfektif osteoartrit, distal klavikula osteolizi akromiyoklaviküler artrit etkilenebilmektedir(6). Akromiyoklaviküler eklem artrit, aksiyel yüklerin küçük bir temas alanı yoluyla tekrarlayan mikrotravmalara sebep olması sonucu oluşur. Mekanik aşırı yük etiyolojik faktör olarak kabul edilir ve subkondral stres kırıklarına, hipervaskülarizasyona, demineralizasyona, osteopeniye, kist oluşumuna, disk dejenerasyonuna, distal klavikula erozyonuna yol açabilir(7). Ağrı düzeyi, eklem boşluğu daralması, medial akromiyal skleroz, superior klaviküler veya marjinal osteofitler ve kapsüler distansiyon gibi yaşa bağlı akromiyoklaviküler eklem artrit değişikliklerinin derecesi ile mutlaka iyi bir korelasyon göstermez(8, 9). Progresif ve dejeneratif akromiyoklaviküler eklem hastalığı olan çoğu hasta asemptomatik kalmaktadır(10). Bu eklemi değerlendirmenin önemi, distal klavikula osteolizinin supraspinatus tendon hasarı, eklem osteofitleri ve subakromiyal sıkışmaya olan katkısı ile sıkça ilişkilendirilmesinden kaynaklanmaktadır(5).

Septik artrit nadir olarak görülmektedir. Bu tablo akut başlangıçlı, ateş, belirgin efüzyon ve hareket açıklığında kısıtlılık ve yükselmiş sistemik inflamatuvar belirteçleri olan olgularda eklem aspirasyonu ile dışlanmalıdır(11). Akromiyoklaviküler eklem septik artritinin en yaygın nedenleri travma, hematojen yolla bulaş ve postoperatif enfeksiyondur(11). Stafilokok veya streptokok

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Çanakale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, dremrearikan@gmail.com

laviküler ve hatta korakoklaviküler bağları serbest bırakabilir.

Distal klavikula rezeksiyonu kontrendikasyonları; aktif enfeksiyon, nöroartropati, instabilite ve postoperatif komplikasyon riskini engelleyici bir şekilde artırabilecek tıbbi komorbiditeleri içerir.

İlişkili lezyonlar sıktır; Hastaların %45'e kadar rotator manşet yırtılmaları, %39'a kadar labral yırtıklar ve %15'e kadar biceps tendon anormallikleri, %5,5'a kadar subskapularis yırtığı, %2,3'e kadar anterior instabilite meydana gelir(34). Cerrahın, bu ilişkili lezyonların yeterince ele alınmasını sağlamak için fizik muayene, görüntüleme ve eş zamanlı olarak yapılan glenohumeral artroskopi yoluyla distal klaviküler eksizyon için düşünülen her hastayı yakından araştırması gerekir

Ameliyat sonrası erken iyileşme ve daha az yumuşak doku hasarı nedeniyle artroskopik rezeksiyon günümüz dünyasında daha popülerdir.

## KOMPLİKASYONLAR

Distal klavikula rezeksiyonunun en yaygın komplikasyonu aşırı veya yetersiz rezeksiyondan kaynaklanabilen kalıcı ağrıdır(10). Yetersiz görüntüleme sebebiyle yetersiz distal klavikula rezeksiyonu gerçekleştirilebilir. Bunu önlemek amacıyla anterior ve lateral portalden görüntüleme sağlanmalıdır(35).

Klavikulanın aşırı derecede rezeksiyonu veya akromiyoklaviküler ve korakoklaviküler bağ sisteminin bozulması, akromiyoklaviküler eklemden iyatrojenik instabilite ile sonuçlanabilir. Agresif distal klavikula rezeksiyonu sebebiyle daha çok anterior-posterior instabilite görülür. Sebebi posterior ve superior akromiyoklaviküler ligamentlerin agresif debridmanıdır. Akromiyoklaviküler kapsüler kesi ile distal klavikula rezeksiyonundan sonra akromiyoklaviküler eklemin posterior translasyonu %32 artmıştır. 10 mm'den fazla rezeksiyon sonrası posterior translasyon yaygındır(36). Superior-posterior instabilite korakoklaviküler bağların agresif cerrahi rezeksiyonu ile iyatrojenik oluşmaktadır.

Geçirilmiş akromiyoklaviküler eklemin instabilite patolojileri olan hastalarda rezeksiyon konu-

sunda dikkatli olunmalıdır. Bu durumda akromiyoklaviküler bağ rekonstrüksiyonu gerekebilir.

Deltoid yetmezliği ise açık distal klavikula rezeksiyonu sonrası yetersiz deltotrapezial fasya onarımı sebebiyle gelişen komplikasyonlardandır.

Diğer komplikasyonlar arasında heterotopik ossifikasyon enfeksiyon, sertlik, kırık, spondan füzyon ve kompleks bölgesel ağrı sendromu bulunur(35).

## SONUÇ

Klinik uygulamamızda akromiyoklaviküler eklemin artritini tanıyan hastaları öncelikle konservatif olarak tedavi edilmektedir. Medikal tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri ve fizik tedavi uygulamaları sonrası hastalarımızın büyük kısmı tedavi edilmektedir. Eklemin içi enjeksiyon uygulamaları hem tanı hem tedavi amacıyla uygulanmaktadır. Cerrahi kararı verildiğinde tüm omuz patolojilerinin değerlendirilip preoperatif planlama yapılmasını önermekteyiz. Ameliyat sonrası erken dönemde omuz ve dirsek hareketlerine başlanmalıdır. Akromiyoklaviküler eklemin artritini tanı konulması zor olmasına rağmen sık görülen bir omuz şikayettir. Anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri değerlendirilerek tedavi planı yapılmalıdır. Cerrahi tedavi sürecinde distal klavikula rezeksiyonu uzunluğuna dikkat edilmesi çok önemlidir. Hem açık hem de artroskopik yöntemle yapılan cerrahilerin komplikasyon oranları düşük, sonuçları menmuniyet vericidir.

## KAYNAKÇA

1. Mall NA, Foley E, Chalmers PN, Cole BJ, Romeo AA, Bach Jr BR. Degenerative joint disease of the acromioclavicular joint: a review. The American journal of sports medicine. 2013;41(11):2684-92.
2. Menge TJ, Boykin RE, Bushnell BD, Byram IR. Acromioclavicular osteoarthritis: a common cause of shoulder pain. South Med J. 2014;107(5):324-9.
3. DePalma A. Variational anatomy and degenerative lesions of the shoulder joint. AAOS Instructional Course Lecture. 1949;6:255-81.
4. Charron KM, Schepsis AA, Voloshin I. Arthroscopic distal clavicle resection in athletes: a prospective comparison of the direct and indirect approach. The American journal of sports medicine. 2007;35(1):53-8.

5. Buttaci CJ, Stitik TP, Yonclas PP, Foye PM. Osteoarthritis of the acromioclavicular joint: a review of anatomy, biomechanics, diagnosis, and treatment. *American journal of physical medicine & rehabilitation*. 2004;83(10):791-7.
6. Stitik TP, Foye PM, Fossati J. Shoulder injections for osteoarthritis and other disorders. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. 2004;15(2):407-46.
7. de Souza Bomfim L, Ejnisman B, Belangero PS. Histologic and magnetic resonance image evaluation in acromioclavicular joint osteoarthritis. *JSES International*. 2020.
8. DePalma AF. Surgical anatomy of the rotator cuff and the natural history of degenerative periarthritis. *Surgical Clinics of North America*. 1963;43(6):1507-20.
9. Stein BES, Wiater JM, Pfaff HC, Bigliani LU, Levine WN. Detection of acromioclavicular joint pathology in asymptomatic shoulders with magnetic resonance imaging. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2001;10(3):204-8.
10. Shaffer BS. Painful conditions of the acromioclavicular joint. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 1999;7(3):176-88.
11. Bossert M, Prati C, Bertolini E, Toussiroit É, Wendling D. Septic arthritis of the acromioclavicular joint. *Joint Bone Spine*. 2010;77(5):466-9.
12. Prod'homme M, Pfander G, Pavese P, Cech A, Abouelnaga I, Helfer L. Acromioclavicular Septic Arthritis Caused by *Veillonella parvula*. *Case Reports in Orthopedics*. 2019;2019.
13. Hawkins BJ, Covey D, Thiel BG. Distal clavicle osteolysis unrelated to trauma, overuse, or metabolic disease. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2000;370:208-11.
14. Murphy OB, Bellamy R, Wheeler W, Brower TD. Post-traumatic osteolysis of the distal clavicle. *Clinical Orthopaedics and Related Research (1976-2007)*. 1975;109:108-14.
15. Vaishya R, Damor V, Agarwal AK, Vijay V. Acromioclavicular arthritis: A review. *Journal of arthroscopy and joint surgery*. 2018;5(2):133-8.
16. Mazzocca AD, Arciero RA, Bicos J. Evaluation and treatment of acromioclavicular joint injuries. *The American journal of sports medicine*. 2007;35(2):316-29.
17. Worcester Jr JN, GREEN DP. 8 Osteoarthritis of the Acromioclavicular Joint. *Clinical Orthopaedics and Related Research (1976-2007)*. 1968;58:69-74.
18. Garretson RB, Williams GR. Clinical evaluation of injuries to the acromioclavicular and sternoclavicular joints. *Clinics in sports medicine*. 2003;22(2):239-54.
19. Iannotti JP, Kwon YW. Management of persistent shoulder pain: a treatment algorithm. *American journal of orthopedics (Belle Mead, NJ)*. 2005;34(12 Suppl):16-23.
20. O'Brien SJ, Pagnani MJ, Fealy S, McGlynn SR, Wilson JB. The active compression test: a new and effective test for diagnosing labral tears and acromioclavicular joint abnormality. *The American journal of sports medicine*. 1998;26(5):610-3.
21. van Riet RP, Goehre T, Bell SN. The long term effect of an intra-articular injection of corticosteroids in the acromioclavicular joint. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 2012;21(3):376-9.
22. 3
23. Robertson WJ, Griffith MH, Carroll K, O'Donnell T, Gill TJ. Arthroscopic versus open distal clavicle excision: a comparative assessment at intermediate-term follow-up. *The American journal of sports medicine*. 2011;39(11):2415-20.
24. Docimo S, Kornitsky D, Futterman B, Elkowitz DE. Surgical treatment for acromioclavicular joint osteoarthritis: patient selection, surgical options, complications, and outcome. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*. 2008;1(2):154-60.
25. Martin SD, Upadhyaya S, Thornhill TS. Shoulder pain. *Kelley and Firestein's Textbook of Rheumatology: Elsevier*; 2017. p. 669-95. e4.
26. Lemos MJ, Tolo ET. Complications of the treatment of the acromioclavicular and sternoclavicular joint injuries, including instability. *Clinics in sports medicine*. 2003;22(2):371-85.
27. Mumford E. Acromioclavicular dislocation: a new operative treatment. *JBJS*. 1941;23(4):799-802.
28. Gurd FB. The treatment of complete dislocation of the outer end of the clavicle: an hitherto undescribed operation. *Annals of surgery*. 1941;113(6):1094.
29. Rabalais RD, McCarty E. Surgical treatment of symptomatic acromioclavicular joint problems: a systematic review. *Clinical Orthopaedics and Related Research (1976-2007)*. 2007;455:30-7.
30. Sellards R, Nicholson GP. Arthroscopic distal clavicle resection. *Operative Techniques in Sports Medicine*. 2004;12(1):18-26.
31. Corteen DP, Teitge RA. Stabilization of the clavicle after distal resection: a biomechanical study. *The American journal of sports medicine*. 2005;33(1):61-7.
32. Petersson CJ. Degeneration of the acromioclavicular joint: a morphological study. *Acta Orthopaedica Scandinavica*. 1983;54(3):434-8.
33. Boehm TD, Kirschner S, Fischer A, Gohlke F. The relation of the coracoclavicular ligament insertion to the acromioclavicular joint A cadaver study of relevance to lateral clavicle resection. *Acta Orthopaedica Scandinavica*. 2003;74(6):718-21.
34. Ataoğlu MB, Özer M, Çetinkaya M, Ayanoğlu T, Tepeledenlioğlu HE, Kanatlı U. Incidence of accompanying intraarticular lesions in patients treated with arthroscopic surgery for acromioclavicular degeneration. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2017;5(2\_suppl):2325967117S00093.
35. Strauss EJ, Barker JU, McGill K, Verma NN. The evaluation and management of failed distal clavicle excision. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*. 2010;18(3):213-9.
36. Edwards SL, Wilson NA, Flores SE, Koh JL, Zhang L-Q. Arthroscopic distal clavicle resection: a biomechanical analysis of resection length and joint compliance in a cadaveric model. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery*. 2007;23(12):1278-84.