

BÖLÜM 4

GLENOHUMERAL ÇIKIKLAR

İbrahim ALTUN¹

GİRİŞ

Omuz eklemi anatomik ve biyomekanik yapısında dolayı çıkık sık karşılaşılır. Vücuttaki tüm çıkıkların %50'si omuz ekleminde meydana gelmektedir. Omuz çıkıkları tekrarlamasının nedenleri arasında yaş, kontakt sporlara dönüş, humerus ve glenoidde ciddi kemik defektinin olması suçlanmaktadır. Sıklıkla 20 yaş altındaki gençlerde %90 gibi oranında tekrarlayan çıkıklar görülürken, 40 yaş üstünde bu oran %10'lara kadar düşmektedir^{1,6}.

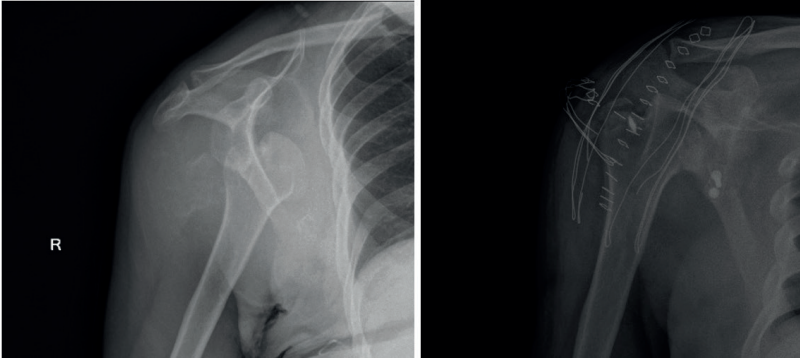
Anatomi

Omuz eklemi statik ve dinamik etkenler sayesinde stabil bir şekilde fonksiyonları yapabilmektedir. Statik etmenler; omuz eklemi, labrum, intraartiküler basınç, kapsüloligamentöz yapılar, süperior, orta ve inferior glenohumeral ligamentler, korakohumeral ligament ve rotator interval ve korakoakromiyal ligamentlerde oluşmaktadır. Dinamik etmenlerde ise rotator cuff, biceps tendonu ve deltoid kasında oluşmaktadır. Omuz eklem derinliği %50 ve humeral baş ile temas yüzey alanının %75 olmasını sağlayan labrumdur. Glenoid ve labrumun ekleme verdiği konkaviteye rotator kasların yaptığı baskı ile beraber stabilite artmaktadır. Omuz eklem kapsülü ince ve gevşektir ama yaptığı negatif basınç ile eklem stabilitesine katkıda bulunmaktadır.

Bicepsin uzun başı superiordan desteklerken anteriorda superior, orta ve omuzun anteriora çıkmasını engelleyen inferior glenohumeral ligamentle destekleyerek daha stabil bir eklem olmasına yardımcı olmaktadır. Özellikle rotator

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Kayseri Şehir Hastanesi, ortdrialtun1@gmail.com

Glenoidin %25'ini aşan defektlerinde, revizyon bankart ameliyatlarında, kontakt sporlarla ilgilenenlerde, geniş Hill-Sach lezyonunda ve multipl bağ yaralanmalarında konjoint tendonla beraber koronoid çıkıntının transfer edildiği Laterjet prosedürü (şekil 4) veya iliak kanattan alınan allogreft ile defekt onarımı yapılır. Bu ameliyatla hem kemik blok ile çıkığa engel olunurken hem de subskapularis içinden geçen konjoint tendon dinamik olarak destek olur¹⁰.



Şekil 4. 1 aylık omuz çıkığı sonucu preop ve postop Laterjet ve Rampisaj ameliyatı röntgen görünümü

Humerus başındaki %25'den fazla defektli Hill-Sach lezyonunda ise infraspinatus kasının defektli alanı sütün achor ile doldurulması ile desteklenen artroskopik ramplisaj yapılır.

Ameliyat sonrası hastalar 3 ile 4 hafta kol askısında korunduktan sonra öncelikle pasif ve pandüler egzersizler başlanır, sonrasında aktif egzersizlere başlanarak eklem güçlendirilir.

SONUÇ

Hiperlaksisite, 20 yaş altında olmak, kontakt sporlarla ilgilenenler, ciddi kemik defektli hastalar gibi riskli gruplar ilk çıkık sonrasında cerrahi olarak değerlendirilmelidir. Ancak risk grubunda olmayan hastalar kapalı redüksiyon sonrası rehabilitasyonlardan sonrada eklem laksisitesi açısından takip edilmelidir. Bir çok hastada özellikle 20 yaş altı olanlar 10 yıl gibi uzun yıllar sonra bile omuz instabilitesi gelişebildiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Philips B.B., (2017). *Campbell's Operative Orthopaedics*. (13th edition). Copyright © by Elsevier, Inc. All rights reserved.
2. Matsen F, Harryman D, Sidles J: Mechanics of glenohumeral instability, *Clin Sports Med* 10:783, 1991
3. Lippitt S, Matsen F: Mechanisms of glenohumeral joint stability, *Clin Orthop Relat Res* 291:20, 1993.
4. Bankart ASB: The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint, *Br J Surg* 26:23, 1938.
5. Hill HA, Sachs MD: The grooved defect of the humeral head: a frequently unrecognized complication of dislocations of the shoulder joint, *Radiology* 35:690, 1940.
6. Hovelius L: Anterior dislocation of the shoulder in teen-agers and young adults, *J Bone Joint Surg* 69A:393, 1987.
7. Itoi E, Lee S-B, Berglund LJ, et al: The effect of a glenoid defect on anteroinferior stability of the shoulder after Bankart repair: a cadaver study, *J Bone Joint Surg* 82A:35, 2000.
8. Alkaduhimi H, van der Linde JA, Flipsen M, van Deurzen DE, van den Bekerom MP. A systematic and technical guide on how to reduce a shoulder dislocation. *Turk J Emerg Med* 2016;16(4):155-68
9. Boffano M, Mortera S, Piana R. Management of the first episode of traumatic shoulder dislocation. *EFORT Open Rev* 2017;2(2):35-40
10. Kanath, Ulunay, and Mustafa Özer. "Omuzun travmatik çıkıkları." *TOTBİD Dergisi* 18 (2019): 38-47.