

BÖLÜM 6

ROTATOR MANŞET YARALANMALARI

Salih ERGÜN¹

EPİDEMİYOLOJİ

Rotator manşet yaralanmaları genellikle baskın taraf ekstremitede görülmekle birlikte (1) prevalansı Yamamoto ve ark. (2) ve Lashgari ve ark. (3) tarafından yapılan çalışmalarda %5-40 arasında bildirilmiştir. Parsiyel yırtıklar tam kat yırtıklara göre daha sık görülmekte (1) ve ilerleyen yaşlarda rotator manşet yaralanmaları daha sıktır (4). Semptomatik rotator manşet yaralanması olanlarda bilateral yırtık görülme sıklığı bir çalışmada %35.5 olarak bildirilmiştir.

ETİYOGENEZ

Rotator manşet yaralanmaları nedenlerine göre intrinsek ve ekstrinsek olarak sınıflandırılabilir. İntrensek nedenlerde hasar rotator manşet kaynaklıdır ve tendonun kanlanması, kollajen yapısı ve biyomekanik özelliklerinin değişmesi sayılabilirken (3); ekstrinsek neden olarak da akromion basısının neden olabileceği düşünülmektedir (5). Bir diğer neden olarak da kol abduksiyon ve dış rotasyonda iken rotator manşetin glenoidin posterior kısmı ile teması sırasında sıkışması yani internal sıkışma sendromu sayılabilir (6).

Ayrıca genetik faktörler, aşırı kullanım, sigara , ileri yaş ,hiperkolesterolemi gibi nedenler de etyolojide suçlanmaktadır (7).

¹ Trabzon İmperial Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, drsergun61@gmail.com

TEDAVİ

Tedavide amaç ağrısız ve fonksiyonel bir omuz oluşturmaktır.

Konservatif Tedavi

Konservatif tedavide ağrı ve fonksiyon ayrı ayrı değerlendirilir. Ağrı için analjezik antiinflamatuvar ilaçlar, subakromial enjeksiyon, hareket modifikasyonu, soğuk ya da sıcak uygulama, ultrason, tens gibi yöntemler uygulanabilir.

Fonksiyonel bir omuz için ise rotator manşeti güçlendirmek önemlidir: Rom artırma, anterior ve posterior kapsül germe egzersizleri, pandüler egzersizler, dirençli egzersizler, peoprioseptif egzersizler bunlardan bazılarıdır.

Cerrahi Tedavi

Rotator manşet yırtıklarında birçok cerrahi tedavi uygulanmış günümüze kadar bir kısmı değişikliğe uğramıştır.

Debridman : Uygulanan ilk yöntemlerden olup günümüzde onarılamayan masif yırtıklarda önerilmektedir (16).

Açık cerrahi: açık cerrahi ile rotator manşet tamiri uzun yıllar uygulanmış ve halen popülaritesini yitirse de uygulanabilmektedir. Bazı yazarlara göre altın standarttır.

Mini açık cerrahi: Açık cerrahide deltoid kasın akromioidan fazla sıyrılmamasını azaltmak amacıyla kullanılmıştır. Artroskopik cerrahi ile de kombine kullanılabilir.

Artroskopik tamir: Günümüzde en popüler tamir yöntemidir. Teknolojik gelişmeler cerrahları en minimal kesileri kullanmaya yönlendirmiştir.

KAYNAKLAR

1. Tashjian RZ. Epidemiology, natural history, and indications for treatment of rotator cuff tears. Clinics in sports medicine 2012;31:589-604.
2. Yamamoto A, Takagishi K, Osawa T, Yanagawa T, Nakajima D, Shitara H, et al. Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. Journal of Shoulder and Elbow Surgery 2010;19:116-20.
3. Lashgari C, Redziniak D. The natural history of rotator cuff tears. Current Orthopaedic Practice 2012;23:10-13.
4. Tempelhof S, Rupp S, Seil R. Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. Journal of Shoulder and Elbow Surgery 1999;8:296-99.
5. NEER CS. Anterior acromioplasty fort he chronic impingement syndrome in the shoulder. The Journal of Bone & Joint Surgery 1972;54:41-50.

6. Walch G, Liotard J, Boileau P, Noel E. (postero-superior glenoid impingement. Another impingement of the shoulder). *Journal de radiologie* 1993;74:47-50.
7. Bodin J, Ha C, Le Manac'h AP, Serazin C, Descatha A, Leclerc A, et al. Risk factors for incidence of rotator cuff syndrome in a large working population. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2012;436-46.
8. Yamamoto A, Takagishi K, Kobayashi T, Shitara H, Osawa T. Factors involved in the presence of symptoms associated with rotator cuff tears: A comparison of asymptomatic and symptomatic rotator cuff tears in the general population. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery* 2011;20:1133-37
9. Akpınar S, Özkoç G, Cesur N,. Rotator manşet anatomisi, biyomekaniği ve fizyopatolojisi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2003;37:4-12.
10. Green A. Chronic massive rotator cuff tears: Evaluation and management. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 2003;11:321-31.
11. Rockwood CA, Jensen KL: X-ray Evaluation of Shoulder Problems. In: Rockwood CA, Madsen FA (ed), *The Shoulder*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA, 2nd Edition volume 1,1998, s:199-231
12. DeOrio J, Cofield RH. Results of a second attempt at surgical repair of a failed initial rotator cuff repair. *The Journal of Bone & Joint Surgery* 1984;66:563-67.
13. PATTE D. Classification of rotator cuff lesions. *Clinical orthopaedics and related research* 1990;254:81-86.
14. Neer CS: Anterior acromioplasty for chronic impingement syndrome in the shoulder. A preliminary report. *J Bone and Joint Surg* 1972, 54 (A):41
15. Cervilla V, Schweitzer ME, Ho C: Medial dislocations of biceps tendon dislocation: Appearance at MR imaging. *Radiology* 1991 ,180:523-526
16. Bunker T.: Rotator cuff disease. *Current Orthopaedics* 2002, 16:223-233