

BÖLÜM 22

Dirsek Bölgesi Ağrıları

Nurdan YILMAZ¹

Giriş

Dirsek ağrısı, ağrı kliniklerine önemli bir başvuru nedeni olup servikal disk ve omuz patolojileri ile karışabilmekte, bazen de bu patolojilere eşlik etmektedir. Bu bölümde dirseğin anatomisi, klinik değerlendirmesi, fizik muayenesi ve bölgelere göre dirsek ağrısı nedenleri ve ayırıcı tanılardan bahsedilecektir.

Dirsek anatomisi

Eklem ve kemik yapılar

Dirsek eklemi yalnızca sagittal düzlemde hareket edebilen bir menteşe eklem gibi görülmele beraber özel anatomik yapısı sayesinde ön kol supinasyon ve pronasyonuna da izin veren kompleks bir eklemdir. Ayrıca dirsek eklemi el hareketlerine de uyum gösteren bir yapıya sahiptir. Dirsek eklemi temelde ulnahumeral, radiohumeral ve proksimal radioulnar eklem olmak üzere 3 ayrı eklem birleşmesi ile oluşan kompleks bir sinovyal eklemdir. Ulnahumeral ve radiohumeral eklemler eklem stabilitesinin %50'ini sağlarken, yumuşak dokular stabilitenin geri kalan kısmını sağlarlar (1).

Bağlar, kapsül ve sinovyum

Dirseğin varus, valgus stabilitesi büyük oranda medial (ulnar) ve lateral (radial) kollateral bağlarca sağlanır, anuler bağ ise radius başını çevreleyerek ulnanın radial çentiğine karşı tutan sağlam bir bağıdır. Dirsek eklemine brakialis kasından lifler alan ince bir kapsül vardır. Lateralde anuler bağın derinlerinde superior radioulnar eklem kapsülü ile devamlılık gösterir (1).

Kaslar ve Bursalar

Dirsek eklemi ile ilgili kaslar bölgelerine göre önde brakialis kası, arkada triseps ve anconeus kası, lateralde supinator ve ortak ekstansör tendon, medialde ise ortak fleksör tendon ve fleksör karpi ulnaris şeklindedir. Brakialis kasının önünden radial tüberositasına yapışan biceps kası tendonu geçer. Her ikisi de eklem kapsülünün dışında olmak üzere ortak fleksör tendon medial epikondile yapışırken, ortak ekstansör tendon lateral epikondile yapışır. Anconeus kası lateral epikondilin arkasına yapışır. Triceps kası dirseğin arkasından geçer ve olekranona yapışır. Dirsekte yüzeysel epikondiler, radiohumeral bursalar gibi farklı bursa yapıları bildirilse de en fazla klinik

¹ Doç. Dr., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi FTR ABD nurdanyilmazdr@hotmail.com

eritem ile başvururlar; kabaca yarısının ateşi olacaktır. Tanı, bursal sıvı analizi ile doğrulanır (22). Buna karşılık, aseptik olekranon bursiti olan hastalar, dirsekte minör travma öyküsü ve olekranon üzerinde kızarıklık, sıcaklık, sınırlı hareket açıklığı veya diğer belirtiler olmaksızın, hassas olmayan bir kitle ile başvurabilir (23). Bursa aspirasyonu enfeksiyona neden olmak gibi komplikasyonlarla ilişkili olabileceğinden, bu sadece tanı kesin olmadığına veya dirençli vakalarda semptomları hafifletmek için yapılmalıdır (24).

Triseps Tendinopatisi

Triseps insersiyonundaki tendinopati, dirence karşı tekrarlayan dirsek ekstansiyonunun gerekli olduğu haltercilerde veya endüstriyel işçilerde zaman zaman meydana gelir. Teşhis, ancak akla gelmesi ile mümkündür. Fizik muayenede, dirsek posteriorunda dirençli ekstansiyon ile açığa çıkan ağrı ve triseps insersiyonunda hassasiyet mevcuttur.

Posterior Sıkışma (Küçükler Ligi Dirseği)

Valgus ekstansiyon aşırı yüklenme sendromu (Posterior Sıkışma Sendromu, Küçükler Ligi Dirseği), dirsek hiperekstansiyondayken tekrarlayan valgus streslerine maruz kalan genç sporcularda (örneğin cirit atanlarda, basketbolcularda) ortaya çıkan bir durumdur. Bu stres, olekranon fossadaki olekranon ucunun sıkışmasına neden olur, bu da zamanla osteofit oluşumuna ve sabit bir fleksiyon deformitesine neden olabilir. Osteoartiritli yaşlı kişilerde de benzer bir durum vardır. Fizik muayenede, hasta tam dirsek ekstansiyonuna zorlandığında dirsek arkasında ağrı olacaktır (25).

Sonuç

Dirsek ağrılarında ağrının lokalizasyonuna göre ayırıcı tanının yapılması ve ona göre uygun tedavilerin planlanması ağrının kronikleşmesinin önüne geçerek tedavi başarısını artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Chard MD, Walker-Bone K. The elbow. In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors, *Rheumatology*. 6th ed. Vol. 1. Elsevier. 2015. p. 611-618.
2. Shapiro BE, Preston DC. Entrapment and compressive neuropathies. *Med Clin North Am*. 2009;93(2):285-315, vii.
3. Stevens KJ, McNally EG. Magnetic resonance imaging of the elbow in athletes. *Clin Sports Med*. 2010;29(4):521-553.
4. Walz DM, Newman JS, Konin GP, Ross G. Epicondylitis: pathogenesis, imaging, and treatment. *Radiographics*. 2010;30(1):167-184.
5. Cummins CA, Schneider DS. Peripheral nerve injuries in baseball players. *Neurol Clin*. 2008;26(1):195-215, x.
6. Bain GI, Durrant AW. Sports-related injuries of the biceps and triceps. *Clin Sports Med*. 2010;29(4):555-576.
7. Garg R, Adamson GJ, Dawson PA, Shankwiler JA, Pink MM. A prospective randomized study comparing a forearm strap brace versus a wrist splint for the treatment of lateral epicondylitis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2010;19(4):508-512.
8. Van Hofwegen C, Baker CL III, Baker CL Jr. Epicondylitis in the athlete's elbow. *Clin Sports Med*. 2010;29(4):577-597.
9. Kaw P, Deu R. Radial tunnel syndrome. In: Bracker MD. *The 5-Minute Sports Medicine Consult*. 2nd ed. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011:502-503.
10. Campbell WW, Landau ME. Controversial entrapment neuropathies. *Neurosurg Clin N Am*. 2008;19(4):597-608, vi-vii.
11. Neal SL, Fields KB. Peripheral nerve entrapment and injury in the upper extremity. *Am Fam Physician*. 2010;81(2):147-155.
12. Slabaugh MA. Elbow injuries. In: Seidenberg PH, Beutler AI, eds. *The Sports Medicine Resource Manual*. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2008:226-232.
13. Gabel GT, Morrey BF. Operative treatment of medical epicondylitis. Influence of concomitant ulnar neuropathy at the elbow. *J Bone Joint Surg Am*. 1995;77(7):1065-1069.
14. Hariri S, Safran MR. Ulnar collateral ligament injury in the overhead athlete. *Clin Sports Med*. 2010;29(4):619-644.
15. Freehill MT, Safran MR. Diagnosis and management of ulnar collateral ligament injuries in throwers. *Curr Sports Med Rep*. 2011;10(5):271-278.

16. McCall BR, Cain EL Jr. Diagnosis, treatment, and rehabilitation of the thrower's elbow. *Curr Sports Med Rep.* 2005;4(5):249-254.
17. Hariri S, McAdams TR. Nerve injuries about the elbow. *Clin Sports Med.* 2010;29(4):655-675.
18. Cleland J. *Orthopaedic Clinical Examination: An Evidence-Based Approach for Physical Therapists.* 1st ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2005:434-436.
19. Scott A, Ashe MC. Common tendinopathies in the upper and lower extremities. *Curr Sports Med Rep.* 2006;5(5):233-241.
20. Pattanittum P, Turner T, Green S, Buchbinder R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD003686.
21. Aaron DL, Patel A, Kayiaros S, Calfee R. Four common types of bursitis: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011;19(6): 359-367.
22. Torralba KD, Quismorio FP Jr. Soft tissue infections. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(1):45-62
23. Herrera FA, Meals RA. Chronic olecranon bursitis. *J Hand Surg Am.* 2011;36(4):708-709.
24. Aaron DL, Patel A, Kayiaros S, Calfee R. Four common types of bursitis: diagnosis and management. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011;19(6): 359-367.
25. Bell S. Elbow and arm pain. In: Brukner P, Khan K, eds. *Clinical Sports Medicine.* 3rd ed. Sydney, Australia: McGraw-Hill; 2006:302-303.