

BÖLÜM 13

OMUZ İNSTABİLİTESİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Mesut KARIKSIZ¹

GİRİŞ

Omuz eklemi gerekli üç boyutlu hareketi sağlarken stabil kalma ihtiyacını sürekli dengeler. Stabilite statik yumuşak doku ile dinamik kas stabilizatörleri arasındaki karmaşık etkileşime, negatif basınca ve stabiliteyi sağlamak için kemik anatomisine bağlıdır.

Omuz vücutta en sık çıkan eklemdir (1). Omuza binen yükler omuz stabilitesini sağlayan kuvvetleri aştığında çıkık meydana gelir. Travmatik çıkıklarda omuz en çok abduksiyon, ekstansiyon ve dış rotasyonda ve en sık anteriora çıkar (2). Atravmatik instabilite genellikle çok yönlüdür ve tedavileri travmatik instabilitelerden farklıdır.

Omuz instabilite genç aktif hastalarda, özellikle de sporcularda ağrı, hareket kısıtlılıkları ve disfonksiyona neden olabilmektedir. İnsanların yaşam tarzları ve beklentilerindeki artış, daha iyi görüntüleme olanakları, artroskopi ve açık cerrahi prosedürlerindeki gelişmeler nedeniyle, son yıllarda tanımlanan ve tedavi edilen omuz çıkığı sayısında bir artış olmuştur.

ETİYOLOGENEZ

Her ne kadar Türkiye'deki hastalarda omuz instabilitesinin gerçek oranı tam olarak bilinmese de literatürde yılda 23/100000 travmatik çıkık oranı görülmektedir (3).

Travmatik omuz instabilitesi ağırlıklı olarak genç, sportif, fiziksel olarak aktif erkek hastalarda görülür. Literatürde adölesan popülasyonda tekrar çıkık oranının yüksek olduğu bildirilmiştir. Travma dışında epilepsi ve hiperlaksite de omuz çıkıklarına neden olabilmektedir.

Anteroinferior kapsülolabral kompleks, omuz eksternal rotasyon ve abduksiyonda iken anteriora translasyonu engelleyen önemli bir yapıdır. Omuz çıkığı sonrasında labrum en sık glenoidin anteroinferiorundan ayrılır. Bankart lezyonu

¹ Uzm. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, mesutkariksiz@gmail.com

adını verdiğimiz bu patoloji bazen kemik ile birlikte olur ve bu duruma “Kemik Bankart” adı verilir. Diğer bir lezyon olan “Humeral avulsion of the glenohumeral ligament” (HAGL) lezyonu ise humerus başından inferior glenohumeral ligamentin avulsiyonunu tanımlar. Anterior labral periosteal sleeve avulsiyonu (ALPSA) ise labrumun anterior periost ile ayrışmasını tarifler. Bu lezyonların saptanması zor olabilir, ancak ele alınmazsa instabiliteye veya tedavinin başarısız olmasına yol açabilir.

SINIFLANDIRMA VE MUAYENE

Omuz instabilitesi için çeşitli sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Thomas ve Matsen (4), tekrarlayan instabilitesi olan hastaları iki gruba ayırmıştır. Birinci hasta grubu, travmatik unilateral Bankart lezyonu cerrahi (TUBS kısaltması) ile karakterize edilmiştir. İkinci grup “Atravmatik Multidirectional Bilateral Rehabilitasyon Inferior kapsüler şift (AMBRI) olarak adlandırılmıştır.

Gerber ve Nyffeler (5), instabilite hastalarını üç sınıfa ayırır: A sınıfı (statik instabilite), B sınıfı (dinamik instabilite) ve C sınıfı (istemli çıkıklar). B sınıfındaki hastalar tipik olarak, belirli bir derecede travmanın söz konusu olduğu klinikte her gün gördüğümüz genç ve aktif popülasyonu içerir. Bu sınıflandırma, hiperlaksitenin instabilite ile aynı şey olmadığını varsayar, ancak instabilite ile birleştirilirse tedavi değişebilir. Hastanın hiperlaksite ile veya hiperlaksite olmaksızın tek yönlü veya çok yönlü instabiliteye sahip olup olmadığını anlamak için ayrıntılı bir fizik muayene çok önemlidir.

Stanmore sınıflandırması (6), üç kutuplu tipe sahip üçgen bir modeldir. Tip I travmatik ve yapısaldır, tip II atravmatik yapısaldır ve tip III yapısal olmayan ve kas kaynaklı olan instabiliteleri içerir. Bu sınıflama, omuz instabilitesinin değişebileceğini, hastanın iki kutup arasında konumlandırılabileceğini, travmatik ve atravmatik instabilite arasında bir derecelendirme olduğunu ve kas paterninin ayırt edici bir problem olduğunu içerir.

Spor türü, yaralanma mekanizması, çıkık ataklarının sayısı ve önceki tedavi dahil olmak üzere hastanın geçmişinin kapsamlı bir şekilde anlaşılması, sorunun anlaşılmasına yardımcı olur. Glenohumeral gevşekliği belirlemek için kullanılan en yaygın testler sulkus işareti, yük ve kaydırma testi, ön ve arka çekmece testi ve hiperabduksiyon testidir. Hepsi farklı yönlerde glenohumeral translasyonu test eder. Bu testler tüm hastalarda bilateral olarak yapılmalıdır.

Düz radyografiler-gerçek ön-arka (AP) ve aksiller görüntü bilgilendiricidir. Tekrarlayan omuz çıkığı için bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MRI) gibi ileri görüntülemeler önerilmektedir. Yumuşak doku lezyonları (lab-

ral yırtık, ALPSA, HAGL, superior labral anterior posterior, Perthes lezyonları ve manşet yırtıkları) ve ayrıca Hill-Sachs lezyonunun boyutu, glenoid rim kırıkları/kemik kaybı gibi kemik patolojileri hakkında ayrıntılı bilgi verirler.

TEDAVİ

Cerrahi Dışı Tedaviler

Muhtemelen tüm ilk çıkıklarda savunulmalıdır. Ayrıca, çok yönlü instabilitenin (MDI) ilk tedavisinde ve operatif tedaviye istekli olmayan hastalarda da rolü vardır. Fizik tedavide, deltoid başta olmak üzere omuz ve skapula çevresindeki kasların güçlendirilmesi ve koordineli çalışmasının sağlanmasıyla başarılı sonuçlar bildirilmiştir (7).

Cerrahi Tedaviler

Stabilizasyon cerrahisi yapılırken labrum, kapsül, glenohumeral ligaman ve rotator manşetdeki yumuşak doku hasarının ayrıntılı değerlendirilmesi zorunludur çünkü bunların varlığı cerrahi sonucu etkiler. Artroskopik omuz stabilizasyonu, nüks ile doğrudan ilişkili çeşitli intraartiküler patolojilerin ayrıntılı incelemesine izin verme ayrıcalığı nedeniyle çoğu cerrah tarafından tercih edilen yöntem olarak kabul edilir. Başarılı artroskopik Bankart onarımı için, kapsülo-labral dokunun ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesine ve onarılmasına olanak sağlamak için optimum bir glenoid görselleştirmenin sürdürülmesi esastır.

Artroskopik Bankart onarımının teknik gelişimine rağmen, yaklaşık 80 yıl önce tarif edilen anatomik bir kapsüloabral rekonstrüksiyon olan açık Bankart onarımı, özellikle temas sporcuları için önemli bir rol oynamaktadır. Artroskopik Bankart onarımının nüks oranı %26' ya kadar bildirilmiştir (8). Açık Bankart cerrahisi kapsüloabral kompleksi eski haline getirebildiğinden, plikasyon yoluyla patolojik kapsülü yeniden gerdirebildiğinden ve rotator interval lezyonunu yönetebildiğinden, çarpışma sporu sporcularında ve ağır iş yapanlarda yüksek strese karşı koyabilir. Dolayısıyla bu, artroskopik Bankart onarımı ve kemik bloğu prosedürü arasında değerli bir seçenek olarak kabul edilebilir.

Latarjet prosedürü (9) korakoid osteotomiye içerir ve glenoid kemik kaybına bağlı instabilite için glenoid kenarın önüne transfer edilir. Literatür, glenoidde >%25 kemik defektleri için Latarjet prosedürünü önermektedir.

Bipolar kemik kaybı, Hill-Sachs lezyonu da dikkate alınarak bir kavram olarak ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, tekrarlayan omuz instabilitesinin cerrahi tedavisinde, cerrah her iki kemik defektini uygun şekilde ele alacak bir strateji benimsemelidir.

Büyük Hill-Sachs lezyonuna bağlı instabilitede, artroskopik “remplissage” prosedürünün rolü vardır. Bu, genellikle anterior Bankart onarımı ile büyük bir Hill-Sachs defektini doldurmak için kapsül ve infraspinatusun kullanılmasını içerir. Defekti glenoid kenarına geçmeyecek şekilde ekstra artiküler hale getirir.

Çok yönlü instabilitede konservatif tedavi başarısız olursa, tercih edilen tedavi açık veya artroskopik plikasyon ve kapsüller şifttir.

REHABİLİTASYON

Rehabilitasyonun amacı, hastayı sakatlık öncesi fonksiyonel duruma veya sporcu olması durumunda sporun önceki seviyesine hızlı ve güvenli bir şekilde döndürmektir. Sporcuların iyileşmesi, sporcu olmayanlara kıyasla daha iyi kas kondisyonu, motivasyonu ve uyum nedeniyle çok daha hızlı olabilir.

Ameliyat sonrası rehabilitasyon aşamasında, omuz kol askısı kullanarak üç hafta boyunca rotasyonlardan, özellikle dış rotasyondan ve kolu geriye almaktan kaçınmak gerekmektedir. Üç hafta sonra kademeli mobilizasyona başlanır ve 6. haftaya kadar askı çıkarılarak aktif mobilizasyon ile güçlendirme başlanır.

Omuz instabilitesi titiz ve sistematik bir yönetim planı gerektirir. İnstabilitenin tüm yönleri aranmalı ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Dodson CC, Cordasco FA (2008) Anterior glenohumeral joint dislocations. *Orthop Clin North Am* 39, 507–518.
2. Zachilli MA, Owens BD (2010) Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *Journal of Bone Joint Surgery* 92(3), 542–549.
3. Leroux T, Wasserstein D, Veillette C et al. Epidemiology of primary anterior shoulder dislocation requiring closed reduction in Ontario, Canada. *American Journal of Sports Medicine*. 2014; 42:442–50.
4. Thomas SC, Matsen FA (1989) An approach to the repair of avulsion of the glenohumeral ligaments in the management of traumatic anterior glenohumeral instability. *Journal of Bone Joint Surgery*. 71(4), 506–513.
5. Gerber C, Nyffeler RW (2002) Classification of glenohumeral joint instability. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 400, 65–76.
6. Lewis A, Kitamura T, Bayley JIL (2004) The classification of shoulder instability: New light through old Windows, *Current Orthopaedics*. 18, 97–108.
7. Burkhead WZ Jr, Rockwood CA Jr. Treatment of instability of the shoulder with an exercise program. *Journal of Bone and Joint Surgery America*. 1992;74(6):890–6.
8. Uchiyama Y, Handa A, Shimpuku E et al. (2017) Open Bankart repair plus inferior capsular shift versus arthroscopic Bankart repair without augmentations for traumatic anterior shoulder instability: A prospective study. *Journal of Orthopaedic Surgery (Hong Kong)* 25(3), 2309499017727947.
9. Lafosse L, Lejeune E, Bouchard A et al. The arthroscopic Latarjet procedure for the treatment of anterior shoulder instability. *Arthroscopy*. 2007; 23:1242. E1–1242.e5.