



BÖLÜM 21

BİSEPS TENDON HASTALIKLARI VE SÜPERİOR LABRUMUN ANTERİOR POSTERİOR LEZYONU (SLAP)

Hayati ÖZATA ¹

GİRİŞ

Biseps tendon ve glenoid labrum yaralanmaları teşhisindeki zorluk nedeniyle uzun süre göz ardı edilmiş patolojiler olup artroskopinin yaygınlaşması ile daha iyi anlaşılmıştır.

İlk defa synder (1990) biseps orjinli süperior labrum yaralanmalarını tarif etmiş ve “SLAP lezyonu” terimini tanıtmıştır. Süperior labrum anterior posterior lezyonlarında (SLAP) karakteristik 4 tip yaralanma şekli vardır (Tablo 1) (1).

Biseps kolun özellikle atış hareketi sırasında hızlanmasına ve yavaşlamasına yardımcı olur bu nedenle Biseps tendonunun uzun başı omuzun dengeleyicisi ve stabilizatörü olarak işlev görmektedir.

Sporcularda özellikle atıcı-fırlatıcı olan oyun- culara (hentbol ve beyzbol atıcıları (thrower- pitcher), baş üstü aktivitelerde (overhead activities) ve omuz fleksiyondayken olan yüz üstü düşmelerde bu tip yaralanmaları görmek müm- kündür (Resim 2).

Biseps tendon yaralanmaları özelinde traksi- yon (düşmekten kaçınmak için bir nesneye aniden tutunma) ve kompresyon (kuvvetli bir fırlatma hareketinden sonra hareketin aniden sonlandırıl- ması) kaynaklı yaralanmalar en sık olanlarıdır.

Atletlerdeki bisipital tendon yaralanmaları genellikle rotator kaf ve omuz eklemi problemleri ile birliktelik göstermektedir. Bu durum göz

Tablo 1

Slap Lezyonlarının Sınıflandırılması	
Tipi	Özellikleri
Tip 1 SLAP	Süperior labrumun dejeneratif değişikliklerine rağmen biseps uzun başının labrumla bağlantısı korunmuştur ve biceps ankoru sağlamdır.
Tip 2 SLAP	Biceps ankoru tutunma yerinden ayrılmıştır.
Tip 3 SLAP	Süperior labrumda kova sapı yırtığı olmasına rağmen biceps ankoru sağlamdır.
Tip 4 SLAP	Süperior labrumdaki yırtık biseps tendonuna uzanır ve biseps tendonu ve labrum ekleme doğru yer değiştirir.
Kompleks SLAP	SLAP lezyonlarının kombinasyonları olup genellikle 2+3 ve 2+4 şeklinde görülür.

¹ Uzm. Dr., Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD., dr.hayatiozata@gmail.com

- Menteşeli sistem 45 derece tam fleksiyona ayarlanır.
- Ve dirsek eklem hareket açıklığı kademeli olarak arttırılır.

Eklem hareket açıklığındaki ilerleme

- 2. hafta 45 derece tam dirsek fleksiyonu
- 3.hafta 45 derece tam dirsek fleksiyonu
- 4.hafta 30 derece tam dirsek fleksiyonu
- 5. hafta 20 derece tam dirsek fleksiyonu
- 6. hafta 10 derece tam dirsek fleksiyonu
- 8. hafta tam eklem hareket açıklığı, tam supinasyon ve pronasyon

Eklem hareket açıklığı egzersizleri

- 2-3. haftalar: Dirsek fleksiyon ve supinasyonda pasif eklem hareket açıklığı, ekstansiyon ve pronasyonda aktif yardımcı eklem hareket açıklığı
- 3-4. haftalar: Fleksiyonda aktif yardımcı eklem hareket açıklığı
- 4. hafta: fleksiyonda aktif eklem hareket açıklığı.

Kuvvetlendirme

- 1.hafta: Omuz ve triseps için izometrik egzersizler.
- 2.hafta: Submaksimal biceps izometrik egzersizleri.
- 3-4.haftalar: Dirençsiz aktif eklem hareket açıklığı egzersizleri.
- 8. hafta: 0,5 kg ile ağırlık çalışılması ve kademeli olarak arttırılması, omuz kuvvetlendirme egzersizleri

SONUÇ

Bisipital tendon yaralanmaları ve SLAP lezyonlarında klinik tanı zor olmakla birlikte akılda tutulması gereken patolojilerdir. Eşlik edebilen paralabral kist ve rotator kaf yırtığı hastalığının gidişatını etkileyebilir. Artroskopi sırasında süperior labrum olası patolojileri akılda tutulmalı ve biceps labrum kompleksinin korunması gereklidir. Bisipital- labral kompleksin korunması – onarılması ve rehabilitasyon ile tatmin edici sonuçlar alınabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Snyder SJ, Karzel RP, Del Pizzo W, Ferkel RD, Friedman MJ. SLAP lesions of the shoulder. *Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association.* 1990;6(4):274-9.
2. Dillman CJ, Fleisig GS, Andrews JR. Biomechanics of pitching with emphasis upon shoulder kinematics. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy.* 1993;18(2):402-8.
3. Dun S, Kingsley D, Fleisig GS, Loftice J, Andrews JR. Biomechanical comparison of the fastball from wind-up and the fastball from stretch in professional baseball pitchers. *The American journal of sports medicine.* 2008;36(1):137-41.
4. Kennedy DJ, Visco CJ, Press J. Current concepts for shoulder training in the overhead athlete. *Current sports medicine reports.* 2009;8(3):154-60.
5. Toyoshima S, Miyashita M. Force-velocity relation in throwing. *Research quarterly.* 1973;44(1):86-95.
6. Burkhart SS, Morgan CD, Kibler WB. The disabled throwing shoulder: spectrum of pathology Part III: The SICK scapula, scapular dyskinesis, the kinetic chain, and rehabilitation. *Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association.* 2003;19(6):641-61.
7. Itoi E, Kuechle DK, Newman SR, Morrey BF, An KN. Stabilising function of the biceps in stable and unstable shoulders. *The Journal of bone and joint surgery British volume.* 1993;75(4):546-50.