



Artroskopik subakromiyal dekompresyon: 1-4 yıllık sonuçlar

Özgür Karaman¹, Özgün Karakuş², Gökhan Kaynak³, Gürkan Çalışkan⁴, Baransel Saygı⁵

ÖZET:

Artroskopik subakromiyal dekompresyon: 1-4 yıllık sonuçlar

Amaç: Rotator manşetin korakoakromial arkusta sıkışması (impingement sendromu) en önemli omuz ağrısı sebeplerindedir. Son yıllarda artroskopik cerrahi prosedürlerinin gelişmesi sonucunda, omuz artroskopisi geçerli bir yöntem olarak uygulamaya girmiştir. Bu çalışmada artroskopik subakromial dekompresyon yaptığımız hastalar ileriye yönelik olarak değerlendirildi.

Yöntemler: Çalışmaya artroskopik subakromial dekompresyon uygulanan ve en az bir yıl süreyle izlenen 31 hasta (18 kadın, 13 erkek; ortalama yaş 57.7; dağılım 23-78) alındı. 20 hastanın sağ kolu, 11 hastanın sol kolu etkilenmişti. Değerlendirmeler ameliyat öncesinde fizik muayene, direk radyografi, manyetik rezonans ve omuz Constant-murley skoru ile yapıldı. Ameliyat sonrasında fizik muayene, direk radyografi ve omuz constant-murley skorlaması kullanıldı. Ortalama takip süresi 18.6 aydı (dağılım 12-48 ay).

Sonuçlar: 27 hastada (%87) çok iyi ve iyi, 4 hastada (%13) tatmin edici sonuç alındı. Kötü sonuç alınan hasta olmadı. Ameliyat öncesi omuz constant-murley skor ortalaması 42.8 (dağılım 17-69) idi. Ameliyat sonrasında omuz constant-murley skor ortalaması 79.2 (dağılım 75-93) olarak bulundu (p<0.05).

Çıkarımlar: Artroskopik subakromial dekompresyon, tecrübe kazanmış kişiler için uygun seçilen olgularda üstün bir cerrahi tedavi seçeneğidir. Artroskopik cerrahi yapılan hastalar, yara bakımının kolay olması ve deltoid yapıya yerine zarar verilmemesi nedeniyle çok çabuk rehabilite olması ile açık tekniklere göre daha üstündür.

Anahtar kelimeler: Akromioklaviküler eklem/cerrahi, akromion/cerrahi, artroskopi/yöntem, bursa, sinoviyal/cerrahi, ligament, artiküler/cerrahi, omuz eklemi/yaralanma

ABSTRACT:

Arthroscopic subacromial decompression: one-to four-year results

Objective: Rotator cuff jam at the coracoacromial arcus, (impingement syndrome) is the most important cause of shoulder pain. Procedures in recent years through the development of arthroscopic surgery, shoulder arthroscopy as a valid method has been implemented. In this study, patients who underwent arthroscopic subacromial decompression evaluated prospectively.

Methods: In this study, arthroscopic subacromial decompression is applied and followed at least one year, 31 patients (18 female, 13 male) were participated. 20 patient's right arm, 11 patient's left arm was affected. Preoperative physical examination, radiography, magnetic resonance and Constant -Murley score was performed at this evaluation. In the post operative period, physical examination, radiography and Constant-Murley score are used. The mean follow-up period was 18.6 months (range 12 to 48 months).

Results: 27 patients (87%) very well and good, 4 patients (13%), satisfactory results were obtained. There were no poor results. Preoperatively the mean of Constant-Murley score was 42.8 (Range 17 to 69 years). Postoperatively, the Constant-Murley shoulder score was 79.2 (range 75 to 93).

Conclusion: Arthroscopic subacromial decompression, is a superior surgical treatment option in appropriately "ed patients. Arthroscopic subacromial decompression is preferred instead of open techniques; because of easy wound care, protecting the integrity of deltoid muscle and quickly rehabilitated.

Key words: Acromioclavicular joint/surgery, acromion/surgery, arthroscopy/methods, bursa, synovial/surgery, ligament, articular/surgery, shoulder joint/injury

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(3):136-139

¹Uzman Dr., Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

²Asistan Dr., Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

³Uzman Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD, İstanbul-Türkiye

⁴Uzman Dr., Sağlık Bakanlığı Ağrı Devlet Hastanesi, Ağrı-Türkiye

⁵Doçent Dr., Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Uzman Dr., Özgür Karaman, Sağlık Bakanlığı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-533-334-9685

E-posta / E-mail: drozgurkaraman@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
20 Temmuz 2012 / July 20, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:
14 Ağustos 2012 / August 14, 2012

GİRİŞ

Klasik anlamda subakromiyal sıkışma sendromu; omuz hareketleri esnasında akromiyon, korakoakromiyal ligaman, korakoid çıkıntı ve akromiyoklaviküler eklemin rotator manşet üzerine baskıya yol açması sonucunda gelişmektedir. Neer, 1970'lerde sıkışma (impingement) sendromunu tarif etmiş ve tedavisi için önerdiği açık akromioplasti ile çok iyi sonuçlar elde etmiştir (1,2). Son yirmi yılda artroskopinin omuz cerrahisinde daha sık kullanılması ile, akromioplasti bu yolla yapılmaya başlanmıştır (3). Artroskopik subakromiyal dekompresyon ilk olarak 1985 yılında Ellman tarafından tanımlanmış ve 1991 yılında uzun dönem sonuçları yayınlanmıştır (4). Artroskopik subakromiyal dekompresyon, küçük cerrahi insizyon, hastanede kalış süresinin kısalması, daha az ağrı gibi artroskopinin genel avantajlarına sahiptir. Ayrıca, omuz bölgesine özel olarak, deltoid yapışma yerine zarar verilmemesine, glenohumeral eklemin içindeki patolojilerin belirlenmesi ve aynı seansta tedavisine olanak sağlar. Fakat belirli bir süre eğitim süreci ve tecrübe gerektirir.

HASTALAR VE YÖNTEM

2007-2011 tarihleri arasında konservatif tedaviye yanıt vermeyen 31 hastaya omuz subakromiyal sıkışma sendromu (impingement) tanısıyla artroskopik subakromiyal dekompresyon yapıldı. Çalışmaya artroskopik subakromiyal dekompresyon uygulanan ve en az bir yıl süreyle izlenen 31 hasta (18 kadın, 13 erkek; ortalama yaş 57.7; dağılım 23-78) alındı. 20 hastanın sağ kolu, 11 hastanın sol kolu etkilenmişti. Değerlendirmeler ameliyat öncesinde fizik muayene, direk radyografi, manyetik rezonans ve omuz Constant-murley skoru ile yapıldı. Ameliyat sonrasında fizik muayene, direk radyografi ve omuz constant-murley skorlaması kullanıldı. Ortalama takip süresi 18.6 aydı (dağılım 12-48 ay). Tüm hastalara ameliyatla ilgili memnuniyet sorusu olarak çok iyi, iyi, tatmin edici ve kötü soruları yöneltildi.

Cerrahi Teknik

Tüm hastalara genel veya rejyonel anestezi uygulandı. Tüm hastalar şezlong pozisyonunda ameliyat

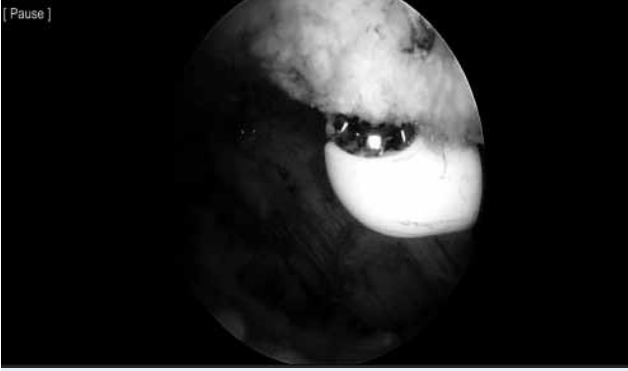
edildi (Şekil1). Girişler posterior, anterior ve lateral portallardan yapıldı. Önce, cerrahi işaret kalem ile akromiyon, klavikula distal ucu, akromiyoklaviküler eklemin, korakoid ve portal yerleri işaretlendi (Şekil2). Posterior portal, akromiyonun posterolateral köşesinin yaklaşık 2 cm medial ve 2 cm inferiorundan açıldı. Anterior portal, akromiyonun anterolateral köşesinin yaklaşık 2-3 cm anteriorundan, lateral portal ise akromiyoklaviküler eklemin posteriorunun yaklaşık 2-4 cm lateralinden işaretlendi. Önce, posterior portaldan girilerek glenohumeral eklemin artroskopik muayenesi yapıldı. Daha sonra subakromiyal aralığa geçildi. Tüm hastalarda önce radyofrekans ile düzgün bir açıklık ve görüntü elde edildi (Şekil3).



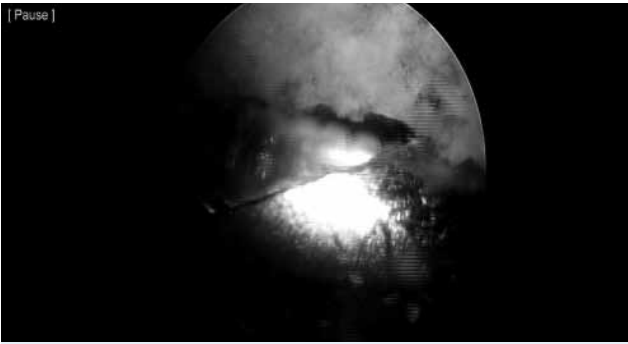
Şekil 1: Şezlong pozisyonu



Şekil 2: Sol omuz artroskopi portalleri için klavuz nokta çizimi



Şekil 3: Subakromial aralıkta uygun bir açıklık için radyofrekans kullanımı



Şekil 4: Akromion anterioru burr ile traşlanırken

Daha sonra gerekli olan durumlarda shaver ile ek açıklık elde edilmeye çalışıldı. Sonrasında burr yardımı ile akromion anteriorundan kemik eksizyonu yapıldı (Şekil4). Akromionun ön ucu, eğimine uygun olarak rezeke edildi. Gerekirse akromioklaviküler eklemin alt yüzündeki osteofitler de temizlendi. İrri-gasyon için, eklem içi sabit basıncı sağlamak amacıyla pompa sistemleri kullanıldı.

SONUÇLAR

27 hastada (%87) çok iyi ve iyi, 4 hastada (%13) tatmin edici sonuç alındı. Kötü sonuç alınan hasta olmadı. Ameliyat öncesi omuz constant-murley skor ortalaması 42.8 (dağılım 17-69) idi. Ameliyat sonrasında omuz constant-murley skor ortalaması 79.2 (dağılım 75-93) olarak bulundu ($p<0.05$). İki hastada ameliyat sırasında os akromiale tespit edildi ve eksize edildi. Ameliyat öncesi öne fleksiyon ortalama 94° (dağılım $70-160^\circ$) iken ameliyat sonrasında ortalama

160° (dağılım $150-180^\circ$) olarak bulundu. Ameliyat sonrasında tüm hastaların gece ağrıları geçmişti. Çalışmamızdaki olguların, ameliyat öncesi manyetik görüntülemelerde 31 olgunun 4'ünde (%15) tip 1; 14'ünde (%45) tip 2; 12'sinde (%40) ise tip 3 akromiyon tespit edilmiştir. Çalışmamızda akromionun ameliyat öncesinde manyetik rezonansla tiplerinin belirlenmesinin, ameliyat sonrası constant-murley skorlaması ve hasta memnuniyeti ile ilişkisinde p değeri anlamlı çıkmamıştır.

TARTIŞMA

Rotator manşet (supraspinat kas) kasın basısında her türlü mekanik sebep (akromionun eğimi veya morfolojisindeki değişiklikler, tendonda sürtünmeye, dolayısı ile aşınmaya yol açar. Teorik olarak subakromiyal dekompresyonun amacı, akromiyon ve akromioklaviküler eklemin altında düz bir yüzey elde edilmesi ve böylece supraspinatus çıkış hacmini artırarak sıkışmanın ortadan kaldırılmasıdır. Sıkışmadan akromiyon morfolojisinin sorumlu olduğu düşüncesi; Neer tarafından ortaya atılmış, Bigliani ve ark.nın yaptıkları anatomik çalışma ile desteklenmiştir (5). Akromiyon tiplerinin değişik yaş gruplarında farklılık göstermesi ve semptomsuz rotator manşet yırtığı bulunan kişilerin varlığı, birincil nedenin akromiyon morfolojisi olduğu teorisinden bizi uzaklaştırmaktadır. Biz de çalışmamızda akromiyonun tipi ile ameliyat sonrasında, hastaların klinik şikayeti arasında herhangi anlamlı bir p değeri bulamadık. Başka faktörlerinde etkili olduğunun düşünüyoruz.

Omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı ile ortaya çıkan rotator manşet yetersizliği tablosu, sıkışma ile birlikte travma, tendon dejenerasyonu, aşırı kullanma, enflamasyon ve benzeri faktörlerin etkilerinin birleşimi ile ortaya çıkar (6,7).

Neer'in önerdiği ve artroskopik subakromiyal dekompresyonun da temel felsefesini oluşturan akromiyoplasti ameliyatında deltoid yapışma yeri tamamen korunduğu için açık yapılan tekniklere göre daha avantajlıdır. Artroskopik subakromiyal dekompresyon ile, açık yöntemle elde edilen sonuçlarla aynı oranda başarıya ulaşılmıştır (8,9). Artroskopik cerrahi daha az invazivliği, erken rehabilitasyon, hastanede kalış süresi azlığı, daha az ağrı kesici

kullanım oranı, glenohumeral eklemin değerlendirilmesi ve rotator manşet kaslarının direk görüşü ve daha az enfeksiyon oranları ile açık cerrahiye göre avantajlıdır (10,11).

Yirmi yılı aşkın sonuçların oldukça başarılı olması ise yöntemi tek seçenek haline getirmiştir. Ameliyat öncesinde uygun hasta seçimi ve dikkatli uygulanacak standart teknik ile iyi sonuçlar elde edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Neer CS 2nd. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1972;54:41-50.
2. Neer CS 2nd. Impingement lesions. *Clin Orthop* 1983;(173):70-7.
3. Ellman H. Arthroscopic subacromial decompression: analysis of one- to three-year results. *Arthroscopy* 1987;3:173-81.
4. Ellman H, Kay SP. Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement: two- to five-year results. *J Bone Joint Surg Br* 1991;73(3):395-8.
5. Bigliani LU, Morrison D, April EW: The morphology of the acromion and relationship to the rotator cuff tears. *Orthop Trans* 10:228, 1986.
6. Matsen FA, Arntz CT, Lippitt SB. Rotator cuff. In: Rockwood CA, Matsen FA, editors. *The shoulder*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 755-839.
7. Soslowsky LJ, Carpenter JE, Bucchieri JS, Flatow EL. Biomechanics of the rotator cuff. *Orthop Clin North Am* 1997;28:17-30.
8. Stephens SR, Warren RF, Payne LZ, Wickiewicz TL, Altchek DW. Arthroscopic acromioplasty: a 6- to 10-year follow-up. *Arthroscopy* 1998;14:382-8.
9. Sachs RA, Stone ML, Devine S. Open vs. arthroscopic acromioplasty: a prospective, randomized study. *Arthroscopy* 1994;10:248-54.
10. Nutton RW, McBirnie JM, Phillips C. Treatment of chronic rotator cuff impingement by arthroscopic subacromial decompression. *J Bone Joint Surg [Br]* 1997;79:73-6.
11. Caspari RB, Thal R. A technique for arthroscopic subacromial decompression. *Arthroscopy* 1992;8:23-30.