

Impingement sendromunda cerrahi tedavi sonuçlarımız

Mustafa Yücel⁽¹⁾

Cerrahi yöntemle tedavi ettiğimiz 64 impingement sendromunun sonuçları sunulmuştur. Rotator manşetin dejeneratif bozuklukları ve bundan kaynaklanan fonksiyon bozukluğu konservatif tedavinin başarısızlığının ana nedenidir. Bu yüzden cerrahi tedavi sıkça gerekli olmaktadır. Bu çalışmamızda 64 hastayı tekrar muayeneye çağırarak değerlendirdik. Takip süresi 24,2 aydır (ağrının giderilmesinde çok iyi ve iyi sonuçların oranı % 96,8, hareket alanının değerlendirilmesinde % 90,5 sonuca varıldı).

Anahtar kelimeler: Impingement sendromu, akromioplasti

The operative results after impingement syndrom.

The impingement-Syndrom is caused by a conflict between the humeral head, the rotator cuff and the coraco acromial arch. Degenerative changes in the rotator cuff appear to be the cause when conservative treatment fails, surgical decompression may be resorted to. In this retrospective study 64 patients were followed up. The average follow up time was 24,2 months (Excellent and good results were achieved by ligament resection and acromioplasty % 96,8).

Key words: Impingement syndrom, acromioplasty

Humerus başının ve dolayısıyla rotator manşetin tendonlarının spatium subacromialede sıkışmasından oluşan şikayetlere Impingement sendromu diyoruz(7).

Impingement sendromunun oluşmasında rotator manşetin fonksiyon kaybı en önemli nedendir. R.M. fonksiyon kaybında dejenerasyon, plexus brachialisin lezyonları, adele rupturları ana nedenlerdir. Bilindiği gibi m. deltoideusun vertikal gücünü R. M. kompanse eder. Bozukluklar veya dejenerasyonlarda R.M abduksiyonda etkin olamaz. Kolun abduksiyonunda ve iç rotasyonunda fonksiyonel olarak spatium subacromialede darlık ve sıkışma meydana gelir: Humerusun başı yukarıya kayan R. M. humerus ile acromion arasında sıkışır, bu da R. M. etkinliğini daha da azaltmaktaki impingement sendromunun kuvvetlenmesinden olur. Özellikle 80° abduksiyonda impingement sendromu, tüberkulum majsunda da akromion altına girmesiyle en ağırılı pozisyona ulaşır (7, 9, 5, 8, 6).

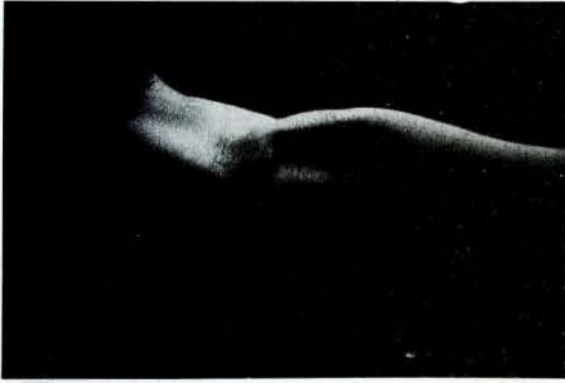
Rotator manşet yırtıklarının tanısı ve tedavisi ayırı bir başlık oluşturur. Günlük çalışmalarımızda ve çevremizde impingement sendromunu daha sıklıkla görürüz. Biz klinik muayene, radyolojik tanı (4 yönlü) sonografik muayeneden sonra konservatif tedavi uyguluyoruz. Konservatif tedavide ayırımı hastanın uykularının bozulup bozulmadığına göre yönlendiriyoruz. Yalnız belirli hareketlerde omuz ağrısı veren hastalarda fiziktedavi (Ultrason, buz, fizyoterapi) uyguluyoruz. Ağrı nedeniyle uyanan veya uyuyamayan hastalarda 1ml kortikosteroid ve 5ml lokal anestezi ve bursa subacromialise enjekte ediyoruz. Özellikle enjeksiyondan sonra ağrıları azalan hastanın fizyoterapiye devam etmesini istiyoruz (1). 3 hafta sonra yaptığımız klinik kontrolde hastanın ağrısının azaldığını ve hareketlerinin düzeldiğini görürsek mekanöterapi

ve ultrason tedavisini devam ettiriyoruz. ihtiyaca göre 1ml kortikosteroid enjeksiyonu daha gerekli olabilir. Çoğunlukla bu tedavi şeması 3-4 ay devam ettirilir. Kortikosteroid aplikasyonunu 2 defa sınırlarız. Üçüncü enjeksiyon yerine hastayı ameliyata hazırlamayı ve kendisini bu yönde uyarmayı uygun buluyoruz. Eğer bir hasta altı aylık tedaviden fayda görmemişse veya 1-2 yıl içinde 2-3 defa aynı şikayetlerle gelerek, aynı konservatif tedavi prosedürüne ihtiyaç duyuluyorsa, o zamanda ameliyata baş vuruyoruz. Konservatif tedavinin en vazgeçilmez unsuru fizyoterapi kortikosteroid enjeksiyonunun tedaviyi ne kadar kolaylaştırdığını aynı şikayetlerle gelen diabetik hastalarda kortikosteroid veremeyince daha iyi görüyoruz. Bu konu karşılaştırılmalı olarak başka bir yayında ele alınacaktır. Literatürde bildirilen çeşitli ameliyat yöntemlerini 1978-1984 yılları arasında denedik. 3 hastada Akromionektomi uyguladık. Ağrı yönünden iyi, fakat fonksiyon yönünden kötü sonuç aldık. Özellikle ameliyat sonrası estetik görüntü kötüydü (6,4) (Resim 1). Lateral akromionektomi plastiğini halen çok dar spatium subacromiale olgularında kullanıyoruz. Ender de olsa uyguladığımız bu yöntemden sonuç alınabilmesi için mutlaka lig. coracoacromialenin de kesilmesi gerekir.

Neer'in anterior akromioplastisini lig coracoacromialenin reseksiyonu ile beraber 1984'den beri devamlı uyguluyoruz (7). Yalnız bu metodu daha minimize ettiğimiz için lig. coracoacromiale reseksiyonunu PHS calcarea olgularında uyguladık. Fakat bu yöntemde Neer'in anterior akromioplastisini de eklemeyi tercih ediyoruz.

Bursektomie, Spina spacula osteomisi veya paraglenoidal osteotomi literatürde verilmiş olmakla beraber bizim bu konuda deneyimimiz yoktur.

(1)Priv. Doz. Dr. Mustafa Yücel, Böntal str. 32, D-37603, Holzminden, Almanya



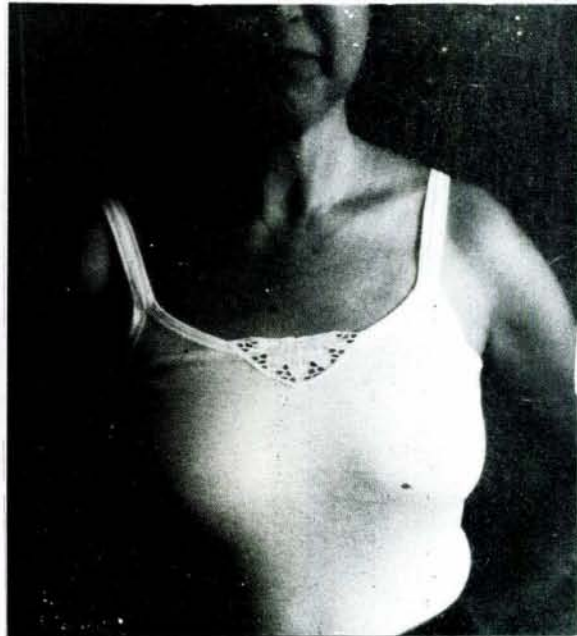
Resim 1: Akromionektomi yapılan bir olguda deltoid kasının yerine tam yapışmamasından doğan diastaz görülmektedir

Standard ameliyat tekniğimiz: Acromion ile coracoid çıkıntı arasında uzanan deri kesisi ile girilir. Önce Neer'in önerdiği anterior akromionektomi küçültülmüş ölçüde yapılır. Daha sonra Deltoid kasının lifleri ayrılarak Coracoid çıkıntısı bulunur. Coracoidin lateralinde uzanan lig Korakoakromiale'den 1 cm.'lik bir parça çıkartılır. 1993 yılının ortasından beri Acromionektomi yaptığımız kesiden lig.korakoakromialede kesiyoruz.Bunda diğer bağlara dikkat etmek gerekir. Ameliyat sonrası atel vermiyoruz. Ameliyattan 2 saat sonra hareketlere başlıyoruz. Hastalar ortalama 1 hafta sonra taburcu edilir (Resim 2a, b).

Hastalar ve yöntem

Ev. Krankenhaus Holzminden Ortopedi bölümünde 64 hasta yukarıdaki yöntemle ameliyat edilmişlerdir.1984-1993 yılları arasında ameliyat edilen hastaların ortalama takip süresi 24,2 aydır. Kadın-Erkek oranı 42 erkek (% 65,6) 22 kadın (% 34,3) olduğuna göre 1/3 dür. Hastalarımızın ortalama yaşı ameliyat tarihinde 53.4 dü.(31-72 yıl arası)

Ortalama hastanede yatma süresi 6,4 gün olarak bulunmuştur. Bunda bizim uyguladığımız hasta yatırma ve taburcu etme sabit günlerin etken olduğu kanısındayız. İstenirse bu ameliyat ayakta yapılabileceği gibi, hastanede de tedavi süresi ortalama 2 güne indirilebilir.



Resim 2 a, b: Neer akromioplastisinden sonra elde ettiğimiz klinik sonuç

Sağ omuz 37 defa, sol omuz 27 defa ameliyat edildi.Hiç çift taraflı ameliyat yapılmadı.Rotator manşet yırtığı yalnız 4 olguda saptandı. (% 6,25) Ameliyat alanını küçük tuttuğumuzdan ve özellikle rotator manşet yırtığını aramadığımız için bu oranın düşük çıktığını sanıyoruz.

Ağrı Değerlendirilmesi

55 olguda ağrı tamamen geçmişti.(% 85,93) 7 olguda (% 10,9) azalmış olmakla beraber, bazı hareketlerde ağrı mevcuttu. Bu olgunun hiçbirisi ağrı ilacı almıyordu. 2 olguda (% 3.1) ağrı arttı ve hareketler kısıtlandı. Bunlardan bir hanım hastanın 13 ay sonra tam iyileşmiş ve ağrısız olarak işine başlarken, diğer hastada kalıcı omuz ağrısı ve hareket kısıtlanması olduğu gördük. Bu hastada MR ve artrografi yoluyla Rotator manşet yırtığı saptandı.

Hareketlerin değerlendirilmesi

Hareket değerlendirilmesini klasik Abduksiyon veya öne fleksiyon yönünde değil, 90° abluksiyona getirilmiş kolun dışa ve içe rotasyonunu ölçerek yaptık. Omuz kapsülünün en gergin olduğu ve omuz hastalarının maksimal hareket kabiliyetini vermesi bakımından biz bu yöntemi tercih ediyoruz. 64 olgunun 31 inde (% 48,4) hareketler daha düzelmişti, 27 olguda (% 42 ,18) hareketler değişmemişti, 6 olguda (% 9,3) hareket alanı daralmıştı. Painfull-Arc Syndrom, ameliyattan sonra, ameliyat öncesi bulguya göre %72,1 azalmıştır.

Tartışma

Bu çalışmanın sonuçları diğer otörlerin sonuçlarını doğrulamaktadır. Ligamentum korakoakromiale'nin kesilmesi ve acromionunda önceki rezeksiyonu impingement sendromu ortadan kaldırmaktadır. (2, 3, 4, 10)

Lauman (1983) de eksperimentel deney sonuçlarına dayanarak bu iki girişimin spatium subacromialedeki darlığı ortadan kaldırmadığını iddia etmiştir.

Bizim klinik sonuçlarımız eksperimentel sonuçların tersine hastaların şikayetlerinin çok büyük bir bölümünün bu yöntemlerle iyileşebileceğini göstermiştir.

Neer'in orijinal yönteminden sapmamızın nedeni bazı olgularda lig coracoacromialenin geniş bir bant şeklinde yapışması ve çıkartılan kemik parçaya bantın tamamının yapışmamış olmasındandır. Coracoid yakınında bulunan veya acromion medialinde tamamen disseke edilerek görülen lig coracoacromialenin Kocher sondası üzerine alındıktan sonra kesilmesi rotator manşet üzerindeki friksiyonu tamamen kaldırmaktadır.

Ayrıca tanıda AC ekleminin artrozuna dikkat etmek gerekir. Kombine bulgularda veya şüpheli bulgularda biz clavicuların lateral ucunu da 1 cm. kısaltmaya yani kombine ameliyat yöntemi uygulamayı tercih ediyoruz (Şimdiye kadar 6 olguda).

Bazı olgularımızda gördüğümüz eklem sertliğini ameliyat bitikten sonra mobilize etmeyi tercih ediyoruz (Brisement force) (3).

Artroskopik akromioplasti, yukarıdan beri verdiğimiz ameliyat yönteminin yerini alacak gibi görünmektedir. Burada enbüyük handikap cerrahın atroskopa ve motora iyi hakim olmasıdır (1). Ayrıca ameliyat süresi de 2-3 misli daha uzun sürmektedir. Biz artroskopik akromioplastiği estetik yönden ve ameliyat yarası bırakmaması nedeniyle tercih ediyoruz. Yeterli sayıda olgumuz olduğunda, her iki metodu da karşılaştıran bir çalışmayı sunacağız.

Sonuç

Omuz ekleminin ağırlı impingement sendromunda uyguladığımız Neer' in ön akromioplastisi ve lig. Coracoacromialenin rezeksiyonu yeterli sonuç ver-

miştir. Daha evvel uyguladığımız Lateral akromion rezeksiyonu deltoid adelesinde defekte eden olmaktadır. Hastalarımız bir hafta içinde taburcu olmuş ve hareketleri düzelmiştir. Artroskopik akromioplasti yöntemini bugüne kadar uyguladığımız klasik yöntemle karşılaştırıyoruz. Sonuçları ileride yayınlanacaktır.

Kaynaklar

1. Altchek, D.W., R.F. Warren, T.L. Wickiewicz, M.J. Skyhar, G. Ortiz, E. Schwartz :Arthroscopic Acromioplasty. J. Bone Joint Surgery 72-A, 1198, 1990
2. Klein, W., R. Schleberger, W. Quante:Nachuntersuchungen nach Resektion des Ligamentum coracoacromiale beim Engpasssyndrom des subakromialen Raumes am Schultergelenk. Z. Orthop. 121,428, 1983
3. König, D.P., D. Kumm, J. Rütt: Spaltung des Ligamentum Coracoacromiale bei der schmerzhaften Schultersteife.Orthop. Praxis 12/91, 782, 1991
4. Laumann, U. : Entlastungsoperationen bei Tendinosen im Spatium subacromiale-eine anatomische Studie- Z. Orthop. 121,426,1983
5. McLaughlin, H.L.: Lesions of the Musculo tendinous cuff of the shoulder J. Bone Joint Surgery 26-A, 31,1944
6. Michelsson, J.E., G.Bekalim: Resection of the Acromion in the Treatment of persistent Rotator Cuff Syndrome of the Shoulder. Acta orthop. scand. 48,607,1977
7. Neer, C.S.:Anterior Acromionplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder. J. Bone Joint Surgery 54-A,41,1972
8. Patte, D., D. Goutaillier, J. Debeyre: Rotatorenmanschettenruptur.Orthopade 10,206,1981
9. Reichelt, A.: Rotatorenmanschettenruptur. Z. Orthop. 123,38,1985
10. Skruodies, R., Kölbl.: Operative Demokpression am Fornix humeri, Vergleich zweier Verfahren:Ligamentresektion und vorde-re Akromionplastik nach Neer. Z. Orthop. 125,644,1987
11. Torklus,D.V.,L.Weih.: Das Impingement- Syndrom an der Schulter Orthop. Praxis 12,964,1982

Yazışma adresi

Priv. Doz. Dr. Mustafa Yücel
Böntal Str. 32 D-37603
Holzminden, Almanya