

Akromioklavikuler eklem kisti ile birlikte olan rotator manşet yırtığı

Mehmet Demirhan⁽¹⁾, Şenol Akman⁽²⁾, Yılmaz Akalın⁽³⁾, Cengiz Şen⁽²⁾

Akromioklavikuler eklem kisti nadir görülen bir patolojidir. Genellikle masif rotator manşet yırtığı olan vakalarda akromioklavikuler eklem ile glenohumeral eklem arasında direkt bağlantının olduğunu gösterir. Akromioklavikuler eklem kisti vakalarında, rotator manşet yırtığı onarılmadan sadece kist ekstirpasyonu yapılır ise, kistin tetrarlama riski yüksektir. Bu tür vakalarda öncelikle rotator manşet yırtığına yönelik tedavi ile birlikte ekstirpasyonu ve klavikulanın lateral ucunun rezeksiyonu yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akromioklavikuler eklem, kist, Geysir belirtisi, rotator manşet

Cyst of acromioclavicular joint with the rupture of rotatory cuff

Cyst of acromioclavicular joint is an unusual pathology. It shows a direct relation between acromioclavicular joint and glenohumeral joint. Usually in the cases having massive rupture of the rotatory cuff. In the case of cyst of acromioclavicular joint, the rotatory cuff should be examined. If simple cyst extirpation, is done without repair of the rotatory cuff, the prognosis is bad. Lateral end of the clavicle should be resected with extirpation of the cyst.

Key words: Acromioclavicular joint, cyst, Geysir Sign, rotator cuff

Akromioklavikuler eklem kisti ile beraber rotator manşet yırtığı literatürde sadece 5 vaka olarak bildirilmiştir (4). Kliniğimizde akromioklavikuler eklem ganglionu ile beraber rotator manşet masif yırtığı olan 2 vaka saptandı.

Vaka 1

68 yaşında bayan hasta, kliniğimize sol omuzda şişlik, ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan muayenesinde sol omuz akromioklavikuler bölge üzerinde 1x2 cm. boyutlarında üzerinde insizyon olan kitle palpe edildi (Resim1). Omuz hareketleri sırasında krepitasyon mevcut idi. 60 derece aktif abduksiyondan sonra ağrı başlamakta iki ve maksimal aktif elevasyon 140 derece olarak bilindi. Pasif hareketler ile 140-180 derece abduksiyon da ağrı olduğu saptandı. Çekilen konvansiyonel röntgenografisinde humerus başında superior migrasyon, tüberkulum majus' ta skleroz artışı ve kistik değişiklikler, akromioklavikuler eklemden artrozik değişiklikler olduğu görüldü. Hastanın yapılan ultrasonografik tetkikinde sol omuzda masif rotator manşet yırtığı saptandı. Artrografide kontrast maddenin subakromial bursa'ya yayıldığı ayrıca akromioklavikuler eklem içerisinden geçerek kisti doldurduğu gözlemlendi (Geysir bulgusu). Hastada, ağrının çok fazla olmaması, yaşının ileri oluşu, tamir edilemeyecek büyüklükte masif rotator manşet yırtığı olması nedeniyle konservatif tedavi altına alındı.

Vaka 2

48 yaşında, bayan hasta kliniğimizde sağ omuz ağrısı ve sağ omuzunu hareket ettirememiş şikayetleri ile başvurdu. Hastanın anemnezinden yaklaşık 2 yıldır mevcut olan ağrı şikayetlerinin 15 ay önce düş-



Resim 1

me sonucu arttığı ve 1 yıldır başka bir klinikte ağrıya yönelik fizik tedavi yapıldığı anlaşıldı. Fizik muayenede m. supraspinatus ve m. infraspinatus atrofisi, sol akromioklavikuler eklem ile karşılaştırıldığında sağ tarafta akromioklavikuler eklemden minimal şişlik olduğu görüldü. Hastanın omuz pasif hareketlerinin ileri derecede ağrılı olduğu, aktif elevasyonun ise olmadığı saptandı. Tüm pasif hareketler sırasında krepitasyon mevcut idi. Ayrıntılı omuz eklemi muayenesinde impingement (sıkışma) belirtisi (+), droparm (düşük kol) belirtisi (+) subakromial enjeksiyon testi (+) olarak bulundu. Yapılan ultrasonografik incelemede masif rotator manşet yırtığı saptandı. Çekilen konvansiyonel röntgenografilerinde humerus başının minimal superiora migre olduğu, tüberkulum majus' ta sklerotik değişiklikler ve akromioklavikuler eklem minimal

(1) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Op. Dr.

(2) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

(3) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Prof. Dr.

artrozik değişiklikler görüldü. Kontrol artrografisinde kontrast maddenin tüm subakromial bölgeyi doldurduğu, ayrıca bicepsin uzun başının olduğu boyunca humerus distaline doğru yayıldığı, kontrast maddenin akromioklavikuler eklem içine girdiği ve superiordaki minimal kist içine yayıldığı izlendi (Resim 2).



Resim 2

Ameliyat sırasında rotator manşette masif yırtık olduğu, akromioklavikuler eklem interior kapsülünün yırtık olduğu saptandı. Bicepsin uzun başının intraartikuler parçası bulunamadı, glenoidin superioruna yapışan muhtemel biceps güdüğü tespit edildi. Hastaya anterior akromioplasti, akromioklavikuler eklem rezeksiyonu, glenoide yapışan biceps güdüğünün eksizeyonu ve rotator manşet yırtığının kemik-tendon sütürü ile tamiri (Mc. Laughlin tekniği) yapıldı. Postoperatif abduksiyon atelinde tutulan hastaya 6. günden itibaren pasif hareketlere başlandı. 6 hafta sonra abduksiyon atelinden alınarak aktif hareketlere başlandı. Hastanın postoperatif 3. ayda yapılan kontrolünde aktif elevasyonun 110 derece, pasif elevasyonun 160 derece, aktif dış rotasyonun 15 derece, aktif iç rotasyonda ise el sırtının lumbosakral bölgeye ulaştığı tespit edildi.

Tartışma

Masif rotator manşet yırtıklarında bilindiği gibi humerus başı superiora migre olur. Bu migrasyon humerus başı ile akromioklavikuler eklem arasında, özellikle abduksiyon hareketinde devamlı bir sürtünme ile akromioklavikuler eklemde aşınmaya ve kapsülün harabiyetine sebep olur. Bunun sonucunda glenohumeral eklem sıvısı, akromioklavikuler eklem içine girer ve zamanla kapsül dilate ederek cild altında palpe edilebilen kistik bir yapı oluşur. Ayrıca bu tip masif yırtıklarda biceps tendonunun uzun başında da dejeneratif yırtıklara rastlanabilir. Glenohumeral eklem ile akromioklavikuler eklem arasındaki bu ilişki, çekilen artrografilerde glenohumeral eklem içine verilen kontrast maddenin akromioklavikuler eklem geçmesi ile gösterilebilir (2) (**Geyser bulgusu**). Akromioklavikuler kist vakaları sıklıkla basit, lokal bir kist ön

tanısı ile ekstirpe edilmekte ve çoğunlukla nüks etmektedir (4). Bu tür vakalarda geniş bir anamnez ile beraber altta yatan rotator manşet yırtığı bulgularının mutlaka araştırılması, ayrıca hastaya ultrasonografik, artrografik ve gereğinde magnetik rezonans görüntüleme incelemelerin yapılması gereklidir. Bu tetkikler yapılmadan sadece kistin lokal olarak çıkarılması, bizim 1. vakamızda da görüldüğü gibi nüksün en önemli sebebidir. Kist formasyonu özellikle yaşlı hastalarda kendini göstermektedir (2, 4). Başlangıç safhasında olan vakalarda, henüz kist oluşmadan da akromioklavikuler eklem kapsülü zedelenmiş olabilir. Bizim 2. vakamızda klinik olarak bariz kist oluşumu olmamasına rağmen yapılan artrografide glenohumeral eklem verilen kontrast maddenin akromioklavikuler eklem geçmesi ile tanı konulmuştur. Vakamız yaşının henüz genç olması nedeni ile eklemdeki dilatasyonun oluşmadığı erken safhada bir vaka olarak değerlendirilmiştir. Bugüne kadar bildirilen vakalar içerisinde Craig ve arkadaşlarının 2 vakasında Postacchini ve arkadaşlarının 3 vakasında kistik oluşumlar ön planda idi (4). Ancak bizim 2. vakamızda görüldüğü gibi masif rotator manşet yırtığı olan vakalarda hastaya artrografi çekilerek akromioklavikuler eklem olaya iştirak edip etmediği mutlaka araştırılmalıdır. Çünkü yapılacak tedavi ve elde edilecek başarı buna bağlıdır. Tedavi yöntemi olarak ileri derecede yaşlı, fazla ağrı şikayeti olmayan vakalarda genellikle konservatif tedavi önerilmektedir (1, 5). Rotator manşet tamiri yapılacak olan vakalarda eğer akromioklavikuler eklemde olaya katılmış ise mutlaka Neviasser tarafından da önerilen "four-in-one" ameliyatı veya diğer bir deyişle rotator manşet tamiri ile birlikte, korakoakromial ligaman rezeksiyonu, anterior akromioplasti ve akromioklavikuler eklem ile klavikulanın distal ucunun rezeksiyonu ve gereğinde biceps uzun başının oluğa tenodezi uygulanmalıdır (3). Postacchini ve arkadaşlarının bildirdiği vakalardan bir tanesinde akromioklavikuler eklem ve klavikula distal uç rezeksiyonu yapılmadığı için, 1 yıl sonra akromioklavikuler eklem kistinde nüks görülmüştür. Bu nedenle yapılacak cerrahi tedavide akromioklavikuler eklem ve klavikula distal uç rezeksiyonunun önemli bir yer tuttuğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Akman, Ş., Demirhan, M., et al.: Subakromial sıkışma (impingement) sendromunda konservatif tedavi metodu ve sonuçlarımız. Acta Orthop. Traum. Turc. 27, 239-242, 1993.
2. Neer, C.S. II.: Shoulder reconstruction S: 57, (Saunders Comp.) 1990.
3. Neviasser, T.J., Neviasser, R.J. et al: The four-in-one arthroplasty for the pairfull are syndrome. Clin. Orthop. 163: 107-112, 1982.
4. Postacchini, F., Perugia, D., Gumira, S.: Acromioclavicular joint cyst associated with rotator cuff tear. A report of three cases. Clin. Orthop. 294: 111-113, Mosby Year Bod, 1993.
5. Rockwood, C.A., Matsner, III, F.A.: The shoulder, 2: 623-642, (Mosby Comp.) 1990.

Yazışma adresi

Op. Dr. Mehmet Demirhan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
34390 Çapa, İstanbul, Türkiye