



Omuz instabilitesinin tanı ve tedavisinin tarihsel gelişimi

The historical course of diagnosis and treatment of shoulder instability

Yılmaz AKALIN,¹ Ata Can ATALAR²

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı;

²VKV Amerikan Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Omuz instabilitesi tıp tarihinin en eski konularından biri olmasına rağmen, bu sorunun doğru tedavisi günümüzde bile tartışılmaktadır. Bu yazıda, omuz instabilitesinin tanısı, patolojik anatomik özellikleri, kapalı ve cerrahi yöntemlerle tedavisinin dünyada ve ülkemizdeki tarihsel gelişimi özetlendi.

Although shoulder instability is one of the oldest issues in the history of medicine, its definitive treatment is still a matter of controversy in many aspects. This article aims to present a short summary on historical evolution of treatment of shoulder instability with regard to diagnosis, pathological anatomy, and open and closed treatments.

Omuz instabilitesi insanlık tarihinin ilk tanınan tıbbi konularından biridir. Omuz çıkığına gösteren ilk resimlere milattan önce (MÖ) 3000 yıllarına ait Mısır papirüslerinde rastlanmıştır. Milattan önce 1200 yıllarına ait başka bir belgede de omuz redüksiyonu tarif edilmiştir.^[1] Konuyla ilgili ilk ayrıntılı belgeler, MÖ 460 yılında doğan ve İstanköy (Kos) adasında yaşamış olan Hipokrat tarafından yazılmıştır. Omuz çıkığı ile ilgili ilk makalesinde Hipokrat, altı değişik yöntemle (el, topuk, omuz, tahta, merdiven veya sandalye kullanarak) omuz redüksiyonunu tarif etmiştir. Tekrarlayan çıkıklarda humerus başının öne ve aşağıya doğru yer değiştirdiğini, tedavisi için aksillanın demir ile dağlanmasıyla çözüm olabileceğini anlatmıştır.^[2]

İnstabilite nedenleri ve patolojik anatomik özellikler

Omuz instabilitesi üzerine çalışmalar Avrupa'da 19. yüzyılın sonlarında başlamıştır. 1861'de Flower, 1880'lerde Eve, Kuster, Cramer ve diğer bazı araştırmacılar, çıkık geçiren omuzda, humerus başının

posteriorunda eklem yüzü ile tüberkülüm majus arasında derin bir oluk veya çökme oluştuğunu göstermişlerdir.^[3] Röntgen ışınının bulunmasıyla birlikte bu lezyon radyografik olarak ilk kez Franke tarafından gösterilmiştir. Hill ve Sachs ise 1940'ta yayınladıkları bir makalede, bu kemik defektinin ön çıkığa bağlı humerus başı çökme kırığı olduğunu ayrıntılı olarak tarif etmişlerdir. O tarihten sonra lezyon onların adıyla anılmaktadır.^[1]

Labrum ve anterior kapsülün omuz eklemi stabilitesindeki önemi Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. On üçüncü yüzyılda Palermo'lu Roger isimli bir hekimin öğrencilerine kapsül yırtığının omuz çıkığıyla ilişkisini anlattığı görülmektedir.^[1] 1890'da Broca ve Hartman, 1906'da Perthes, esas sorunun glenoidin ön kenarından ayrılmış olan labrum ve kapsülde olduğunu bildirmişlerdir.^[3] Daha sonra Bankart, 1923 ve 1939 yıllarındaki makalelerde labrumun glenoid kenarından ayrılmasıyla oluşan lezyonu tam olarak tarif ederek, labrumun stabilitedeki önemini ortaya koymuştur. Bu lezyon daha sonra kendi adıyla anılmıştır.^[3]

Akut çıkığı tedavisi

Hipokrat'ın tarif ettiği topukla redüksiyon yöntemi günümüzde de kullanılmaktadır. Hipokrat manevrası geçerliliğini sürdüren en eski tedavi yöntemidir. 1870 yılında, Bernli (İsviçre) bir cerrah olan Theodor Kocher, redüksiyon için rotasyonlara dayanan, kendi adıyla anılan bir yöntem tarif etmiştir. 1900'de Stimson, redüksiyonu yüzüstü yatırılan hastanın el bileğine bağlanan ağırlıkla sağladığını bildirmiştir. Daha sonra, 1930'larda Milch, Lacey ve Russell kendi tekniklerini tarif etmişlerdir.^[3] De Palma^[4] ile Beattie ve ark.nın^[5] çalışmalarında ise Kocher manevrasıyla brakial pleksusun baskı altında kalabileceği ve humerus boyun kırığı oluşabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, Kocher manevrasının kullanımını giderek azalmıştır. İlerleyen yıllarda Rockwood'un traksiyon-karşı traksiyon tekniği en yaygın kullanılan yöntem olmuştur.^[1] Snowbird tekniği^[6] de 1995'ten beri, kullanım kolaylığı ve hasta memnuniyeti açısından sık başvurulan bir yöntem haline gelmiştir.^[7]

Anterior instabilitenin cerrahi tedavisi

Omuzun ön ve alt kısmını kızgın demirle dağlayan Hipokrat'tan sonra, cerrahi tedavi konusu 19. yüzyılın sonlarına kadar anılmamıştır. 1882'de Cramer ve Volkmann, humerus başının rezeksiyonu; Kuster, glenohumeral eklemin eksizyonu; 1894'de Ricord, Gerster ve Burrell, kapsülü açmadan plikasyon; 1902'de Hildebrand, glenoid çukurun derinleştirilmesi yöntemleriyle öncülük yapmışlardır.^[3]

1906'da Perthes, kapsülü, günümüzde yapılabilen benzer bir şekilde, glenoidin ön kenarına açılan deliklerden geçirdiği dikişlerle tamir etmiş ve altı hastanın hiçbirinde nükle karşılaşmamıştır. 1909'da Clairmont, anterior kapsülü deltoid kas greftiyle; 1917'de Joseph, 1920'de ise Löffler fasya greftiyle güçlendirmişlerdir. 1918'de Eden ve Hybinette, skapula boynunu tibia greftiyle (sonraları iliyak kanat) güçlendirmişlerdir.^[3]

1923 ve 1939'da, Bankart, kendi adıyla anılan ve günümüzdeki cerrahi tedavinin esasını oluşturan anterior labrum tamiri ve kapsül plikasyonu işlemini ayrıntılı olarak tarif etmiştir. Sonraki yıllarda, bu anatomik tamir yöntemine alternatif olarak anatomik olmayan yöntemler geliştirilmeye çalışılmıştır. 1929'da Nicola, biceps tendonunun uzun başını humerus başındaki bir oluktan geçirmiştir. 1933'te

Hey-Groves, faysal grefti humerus boynunun altından geçirerek akromiyona tespit etmiştir. 1943'te Magnuson ve Stack, subskapularisi laterale naklederek stabiliteyi artırdıklarını belirtmişlerdir.^[3] 1947'de Moseley, glenoid ön kısmını genişletmek için Vitalium protezler geliştirmiş; 1948'de Osmond-Clark, Bankart tamirini basitleştirmek için Putti-Platt yöntemiyle kapsülü içeriye doğru üst üste dikmişlerdir.^[3] 1958'de Helfet,^[8] klasik ameliyatlardan biri olan, Bristow'un geliştirdiği korakoidin glenoid anterioruna nakli yöntemini yayınlamıştır.

Ülkemizde bu konuda yapılan ilk geniş araştırma 1970 yılında tez çalışması olarak yayınlanmıştır.^[3] Anterior instabiliteli 16 olgunun yedisine Eden-Hybinette, birine Bankart tamiri, sekizine Putti-Platt tamiri uygulanmış ve hiçbirinde nüks oluşmamıştır.^[3]

1978'de Rowe ve ark.^[9] 30 yıllık deneyimlerini ve 162 olguda Bankart tamiriyle elde ettikleri başarılı sonuçları bildirmişlerdir. 1980'de omuz cerrahisinin ustası Neer, çok yönlü instabilitede kapsüller kaydırma yöntemini tarif etmiştir.^[10]

1980'lerde, hem artroskopinin gelişmesi hem de dikiş ankorlarının kullanıma girmesiyle, instabilite tamirinde yeni bir dönem başlamıştır. Johnson^[11] artroskopik staple ile fiksasyonu; Caspari ve Savoie^[12] artroskopik transosseöz dikiş tekniğini; Warner ve Warren^[13] emilebilir çiviyle tamiri tarif etmişlerdir. Günümüzde kullanıldığı şekliyle dikiş ankorlarıyla artroskopik Bankart tamiri ilk kez 1991'de Richmond ve ark.^[14] tarafından yayınlanmıştır.

Günümüze kadar sürdürülen çabalar her zaman, daha az morbiditeyle daha çabuk iyileşme sağlamayı hedeflemiştir. Bu çerçevede, artroskopik yöntemler tanı koymada ve tedavide giderek daha sık kullanılır hale gelmektedir. Önemli olan, doğru tanı ve hastaya en az zarar getirecek bir tedaviyle, en kısa zamanda omuzda eski hareket seviyesini elde etmektir.

Kaynaklar

1. Matsen FA, Thomas SC, Rockwood CA, Wirth MA. Glenohumeral instability. In: Rockwood CA, Matsen FA, editors. The shoulder. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1998. p. 611-794.
2. Hippocrates. Injuries of the shoulder. Dislocations. Clin Orthop 1989;(246):4-7.
3. Akalın Y. Anterior habituel omuz çıkıklarının cerrahi tedavisi [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; 1970.

4. DePalma AF. Surgery of the shoulder. 2nd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1973.
5. Beattie TF, Steedman DJ, McGowan A, Robertson CE. A comparison of the Milch and Kocher techniques for acute anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 1986;17:349-52.
6. Westin CD, Gill EA, Noyes ME, Hubbard M. Anterior shoulder dislocation. A simple and rapid method for reduction. *Am J Sports Med* 1995;23:369-71.
7. Akpınar S. Anterior omuz instabilitelere tedavisinde yeni bir yaklaşım: Sütür ankorlar [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi; 1997.
8. Helfet AJ. Coracoid transplantation for recurring dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Br]* 1958;40:198-92.
9. Rowe CR, Patel D, Southmayd WW. The Bankart procedure: a long-term end-result study. *J Bone Joint Surg [Am]* 1978; 60:1-16.
10. Neer CS 2nd, Foster CR. Inferior capsular shift for involuntary inferior and multidirectional instability of the shoulder. A preliminary report. *J Bone Joint Surg [Am]* 1980;62:897-908.
11. Johnson LL. Diagnostic and surgical arthroscopy of the shoulder. St. Louis: Mosby; 1993.
12. Caspari RB, Savoie FH. Arthroscopic reconstruction of the shoulder. The Bankart repair. In: McGinty JB, editor. *Operative arthroscopy*. New York: Raven Press; 1991. p. 507-15.
13. Warner JJ, Warren RF. Arthroscopic Bankart repair using a cannulated absorbable fixation device. *Operative Techniques in Orthopaedics* 1991;1:192-8.
14. Richmond JC, Donaldson WR, Fu F, Harner CD. Modification of the Bankart reconstruction with a suture anchor. Report of a new technique. *Am J Sports Med* 1991;19:343-6.