

BİSEPS UZUN BAŞI TENDONUNUN RÜPTÜRÜ VE TEDAVİ YÖNTEMİ

Dr. Uğur Özic

Ö Z E T

Diseps Brakii Uzun Başı Tendon rüptürü olan 4 vak'a takdim edilmiştir. Bunlardan birinde 2 hafta sonra cerrahî tedavi, diğerlerinde ise konservatif tedavi uygulanmıştır. Bu olayla ilgili literatür gözden geçirilmiş ve değişik tedavi yöntemleri tartışılmıştır. Bize yaşlı hastalar ve eski vak'aların konservatif, diğerlerinin de en uygun olarak bisipital tenodez ile tedavi edileceği görüşündeyiz.

G İ R İ Ş

Biseps Brakii kasına ait uzun başlı tendonun rüptürü kısa başa oranla çok daha BIANCHERİ'ye göre tendon rüptürlerinin % 1'i, GILCREEST'in serisine göre de % 2,5'u kısa başa aittir (12). Öte yandan rüptürün distal bölümde görülme sıklığı da nadir olup, % 3 olarak bildirilmektedir (8).

Glenohumeral eklemden hareket olduğunda tendon bisipital oluk içinde kayar. Abduksiyon ve öne fleksiyonda tendon distale, adduksiyon ve arkaya fleksiyonda ise proksimale, eklem içine doğru kayar.

İlerleyen yaşla birlikte tendon degenere olur ve yumuşar. Kemikteki dejeneratif değişiklikler sonucu intertüberküler sulkus bozulur

nucundan tendon hasara uğrayarak incelikir. Kasın kendi üzerine bindirdiği gerilme gücünü taşıyamaz hale getirir.

Tendon düzensiz biseps olduğundaki devamlı tahriş ve humerus başı ile korakoakromial ark arasında sıkışma sonucunda kopuncaya kadar incelikir. Bu durumdaki bir tendonda spontan olarak, ya da kaldırmaya bağlı bir gerilme sırasında rüptür olabilir. Biseps kolun distalinde anormal bir kitle halinde toplanır (Şekil: 1). Tendon kasın karın bölümünün üst ucunda spiral hale gelmiş olarak bulunur. Rüptür olayına ani bir keskin ağrı ve dirsek fleksiyonundaki zayıflık eşlik eder.

* Ege Üniversitesi İzmir Tıp Fak

Kısa başın tendon rüptüründe ise klinik bulgu kolun 1/3 orta bölümündeki büyükçe kitledir. Bu kitle kısa başın kas bölümünün dirseğe doğru retraksiyonu ve geniş hematoma bağlıdır (12).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu yazıda takdim edilen vakalardan ikisi 1977 yılında görevli bulunduğum S.S.K. Tepecik İzmir Hastanesi, diğer ikisi de 1979 yılında Ege Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Karşıyaka Uygulama Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde tedavi edilip izlenmiştir.

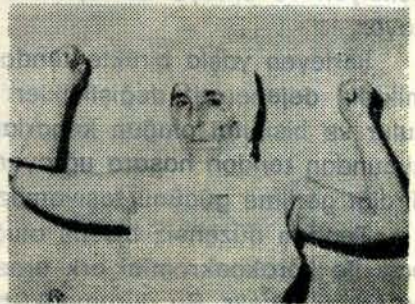
VAKA : 1 — İ.K. 48 yaşında erkek hasta. Bir şirkette işçi olarak çalışıyor. 10 gün önce yüksekteki bir pencere camını silmek için suya batırılmış ağır bir bezi kaldırdığı sırada omuzunda şiddetli bir ağrı hissetmiş. Sonraki günlerde ağrısı kısmen hafiflemiş. Ancak kolunu dirseğe yakın

diğer tarafa göre kolundaki kuvvet azalması nedenleri ile hastaneye başvurmuş. Önceden omuzunda belirgin bir rahatsızlığı olmadığını ve herhangi bir ilaç kullanmadığını belirtiyor.

Muayenede sağ biceps tendonu uzun başı rüptürü olduğu şüphelenilerek cerrahi tedavisine karar verildi ve yatırıldı (Resim : 1). 20.8. 1977 de ameliyata alındı. Tendonun tam olarak kopmadığı, ancak transvers humeral ligametten itibaren çok incelendiği görüldü. Bu bölümden rezekle edilerek Hitchcock tekniğine göre bisipital tenodesiz yapıldı. Trap-door tipi tenodesiz bir staple ile takviye edildi. İntra-artiküler tendon bölümü de eksize edildi. Rotatar kılıfa ait belirgin



Resim : 1



Resim : 2

bir lezyon bulunmadı. Post. op. devrede uygulanan bandaj 3 hafta sonra çıkarıldı, kol askıya alınarak omuz ekzersizlerine başlandı, 6. haftanın sonunda da Fizik Tedavi ve Rehabilitasyona verildi.

3. ayın sonundaki kontrolünde omuz ön bölümünde, biceps olduğu üzerinde hafif ağrıları olduğu ve sağ dirseğin fleksiyon gücünde % 20 oranında bir azalma bulunduğu saptandı. Hasta tekrar eski

işine dönebildi. Sonuç iyi olarak değerlendirildi.

VAKA : 2 — S.L. 59 yaşında kadın hasta. Sağ omuzundaki ağrı ve dirseğe yakın bölgedeki şişlik yakınmaları ile başvurdu. Omuz ağrılarının 1,5-2 senedir devam ettiğini ve gittiği doktorların çeşitli romatizmal ilaçlar verdiğini belirtti. Son 2-3 aydır dirseğe yakın bölgede kolun ön yüzünde bir şişliğin oluşması üzerine kliniğe başvurmuş. Geçirilmiş belirgin bir travma ya da ağırlık kaldırma hatırlamıyordu. Sağ biceps uzun başı tendon rüptürü tanısı konarak tedaviye alındı (Resim: 2).

Tedavisine ayaktan devam edildi. Lokal semptomları gidermek amacı ile Bisipital oluğa impletol infiltrasyonu yapılarak Velpeau bandajına alındı. 3 haftalık tesbitten sonra hasta Fizik Tedavi ve Rehabilitasyona verildi. 2. ayın sonundaki kontrolünün çok azaldığı, hareket genişliğinin de tama yakın olduğu saptandı. Dirsek fleksiyon gücünde kayda değer bir azalma yoktu.

Aynı hasta 1 sene sonra sağ dizindeki artrozik yakınmalarla başvurdu. Bu arada sağ omuzunun kontrol muayenesinde bir değişiklik bulunmadı ve hasta her türlü işini yapabildiğini belirtti. Sonuç çok iyi olarak değerlendirildi.

VAKA : 3 — S.T. 38 yaşında kadın hasta. Sağ omuzundaki ağrıları nedeni ile başvurdu. Ağrıları başlangıcını saptayamadığı uzun bir süredir devam ediyormuş. Zaman zaman doktorların verdiği ağrı giderici ilaçları kullanıyormuş. 1 ay kadar önce bir karyola kaldırdıktan sonra omuzundaki ağrıları artmış ve devam etmiş. Zamanla da dirseğine yakın bölgedeki şişliğin farkına varmış.

Muayenede sağ bisipital oluk üzerinde palpasyonla ağrı, kolun 1/3 distalinde toplanmış biceps adele kitlesi ve zorlu dirsek fleksiyonunda omuzda ortaya çıkan ağrı mevcuttu. Omuz hareketleri normal genişlikte olup, dirsek fleksiyon gücünde % 15 kadar bir azalma olduğu saptandı. Biceps uzun başı tendon rüptürü tanısı kondu (Resim: 3).



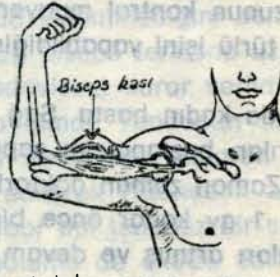
Resim : 3



Resim : 4

Konservatif tedavi uygun görülerek biceps oluşuna dilüe edilmiş % 2 lik Citanest infiltrasyonu yapıldı, dirsek hiperfleksiyonda Velpeau bandajına alındı ve analjezik-antifilojistik ilaçlar verildi. 4. haftanın sonunda bandajları açılarak aktif egzersizlere başlandı ve devamlı sıcak uygulamaları önerildi. 4. ayın sonunda yapılan kontrol muayenesinde yakınmalarında orta derecede azalma olduğu görüldü. Hasta ağır olmayan ev işlerini rahatlıkla yapabildiğini belirtti. Bu vakanın sonucu da iyi olarak değerlendirildi.

VAKA : 4 — M.K. 60 yaşında erkek hasta. Sağ omuzundaki ağrıları nedeni ile omuzunda şiddetli bir ağrı hissetmiş. Sonraki günlerde de dirseğine yakın bölgedeki şişliğin farkına varmış. Herhangi bir tedavi görmemiş. Zamanla ağrıları azaldığından normal işlerini yapabilir duruma gelmiş. Ancak son günlerde sağ omuzundaki ağrıların artması üzerine kliniğimize başvurmuş.



*Sekil-1- Biceps lezyonu
Biceps uzun başı dirseğe doğru büzülecek
şekilde yer değiştirmiştir.*

Muayenede omuz hareketlerinin normal genişlikte olduğu ve dirsek fleksiyon gücünün önemli bir kayba uğramadığı görüldü. Hasta zayıf olduğundan bisipital oluk rahatlıkla palpe edilebiliyordu ve kas kitlesi kolun 1/3 distal bölgesinde topanmıştı (Resim: 4). Tendonun distal yapışma yerinde de hafif ağrıların bulunduğu belirtiliyordu.

Tedavi olarak Fizik tedavisi ve Rehabilitasyon önerildi, ancak hasta köyde oturduğunu belirterek olanağı olmadığını söyledi. Bunun üzerine analjezik-anafilojistik ilaç ve sıcak uygulama önerilerek, 1 ay sonra kontrol kaydı ile ve herhangi bir tesbit yapılmadan gönderildi. 1 ay sonraki kontrolunda ağrıların kısmen geçtiği görüldü ve hasta normal işine gücüne devam ettiğini belirtti. Bu vakanın sonucu iyi olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Biceps brakii kası uzun tendonunun rüptürü ekseriya tendon bölümünde dirence karşı zorlu bir kontraksiyondan sonra görülür. Yaralanmanın mekanizmasında kolun abduksiyon ve eksternal rotasyonda olduğu durumda, oldukça ağır bir yükün kaldırılması ya da kavranması söz konusudur. Bu gibi bükülmeye ve kaldırma yaralanmalarında sıklıkla hissedilen veya palpe edilebilen bir kopma mevcuttur. Muayene eden, kol abduksiyon ve eksternal rotasyondan internal rotasyona getirilirken bisipital oluk üzerinde yataktan girip çıkan sesi hissedebilir. Önkolun supinasyon gücü azalmıştır, fakat dirseğin fleksiyon gücü hemen hemen normal kalır, çünkü brakialis, biceps kısa başı ve önkol fleksorları görevlerine devam etmektedirler (1,10).

Genç bir kişide bu şekilde bir rüptürün oluşması çok nadirdir. Bu olay ancak çok zorlu ve tekrarlayıcı gerilmelerde ya da tendona veya çevresine yapılan kortikosteroid enjeksiyonlarından sonra görülür (5). Bugünkü görüşe göre büyük gerilmelere maruz kalan tendinöz dokularda kortikosteroid enjeksiyonları kollejenöz yapıyı zayıflatıp, spontan rüptüre predispoze hale getirmektedir (3,5,10). Köpeklerde yara iyileşmesi ve tendonlardaki gerilme gücüne olan etkileri konusunda yapılan deneysel çalışmalarda sistemik olarak kortikosteroid verilmesinden sonra tendon gerilme gücünün % 40 oranında azaldığı görülmüştür (10). Oral kortikosteroid almakta olan hastalarda ve özellikle romatoid artritlilerde travma sonucu tendon rüptürlerinin görüldüğü vakalar bildirmiştir (3,6,10). Birçok vakada da kortikosteroidere bağlı olduğu düşünülen tendon rüptürlerinden altta mevcut olan romatoid artrit, lupus eritematosus, atletik travma gibi nedenlerle ayırıcı tanıyı saptamak güç olmaktadır.

Mc MASTER (10) normal bir tendonun direk travma hariç, gerilim altında genellikle rüptüre olmadığını göstermiştir. Yazar rüptürün görülebilmesi için mevcut bir hastalık ya da tendonun tahriş ve aşınmaya uğramış olması gerektiğini vurgulamıştır. Bisipital tendinit semptomlarının nedenleri arasında uzun başa ait bu gibi aşınma olayları De PALMA tarafından da tarif edilmiştir (6). LOGEL (10), romatoid artrit nedeni ile sistemik kortikosteroid almakta olan bir hastada pnömatik turnike kullanılmasına bağlı biceps uzun tendon rüptürü vakası bildirmektedir. Romatoid artrit veya tenosinovitli hastalardaki spontan tendon rüptürleri ekseriya tenosinovial invazyonla zayıflamış olan tendonun pürüzlü kemik yüzeylerinin de katkısı ile aşınması sonucunda oluşmaktadır.

Bizim vakalarımızdan üçü konservatif tedavi edildiğinden, rüptüre olmuş tendonda histolojik inceleme, yada bisipital oluğun durumu ile bunun tendona etkisi konusunda ekspoşür olarak bir araştırma yapılamadı. Cerrahi tedavi edilen vakada ise tendonun transvers humeral bağın hemen distalinden itibaren adeta fibrotik bir bant halinde uzadığı, bisipital olukta belirgin bir düzensizlik olmadığı görüldü. Bu vakada tekrarlayıcı travmalarla aşınan tendonun, mekanizmada belirtilen zorlu bir kasıma ile rüptüre olması şeklinde bir yorum yapılabilir. Zira hastada gerek klinik gerekse laboratuvar bulgusu olarak belli bir diğer hastalık yoktu. Ancak diğer vakalarda uzun süre devam eden omuz ağrıları ve hastaların isimlerini bilmedikleri ilaçları (kortizon) kullanmaları özellikle yaşlı olan 2. ve 4. vakaların diğer osteoartritik yakınmalarının oluşu literatürde bildirilen rüptür nedenleri ile benzerlik göstermektedir.

Tedavi konusundaki görüşlerini belirten yazarların çoğu birlikte olan diğer omuz lezyonlarına ve özellikle rotator kılıfta olabilecek yırtıklara dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (4,5,13). Rüptürün erken devrede saptandığı genç ve aktif hastalarda cerrahi tedavi daha iyi sonuçlar vermektedir. Kullanılan teknik daha çok intraartiküler tendon bölümünü rezeke edip, distal tendon kısmını da humerus proksimalinde biceps oluşu veya yakınına ya da korakoid çıkıntıya tenodez ve fiksasyon şeklindedir. Tenodez anahtar deliği (keyhole) veya döşeme kapağı (trapdoor) şeklinde yapılabilir (5,7,11). Cerrahi uyguladığımız vakamızda kapak şeklindeki tenodez^P kullandık, ayrıca stabiliteyi temin için bir U çivisinden yararlandık (Modifiye Hithcock Tekniği). ise bu tenodez tekniklerini uygulamak güçtür ve bu durumda tendonu iyice proksimalde, biceps kısa başı tendon ve fasyasına dikmek uygulanacak en iyi yöntemdir (5,7).

SOTO-HALL ve STROOT (4) geç rüptür vakalarında gerek dirsek fleksiyonunda ve gerekse omuz abduksiyonunda kayda değer bir zayıflık bulmamışlardır. Konservatif tedavi yöntemi uyguladığımız 3 hastamızın da klinik muayeneleri bu görüşü doğrular niteliktedir. Hastalar bize kolundaki güçsüzlükten çok, omuz çevresindeki ağrılar nedeni ile başvurmuşlardır. Geç vakalarda, yaşlı veya genel durumu cerrahi girişime uygun olmayan hastalarda semptomların giderilmesinde biceps oluşuna lokal infiltrasyonlar, kısa dalga diatermi, ultrasound ve egzersizler faydalı olmaktadır (14).

SONUÇ :

Ancak bir vakaya cerrahi uygulayabildiğimiz için kesin yargıda bulunamamakla beraber, gerek vakamızın sonucu, gerekse literatürde belirtilen görüşlerin ışığında genç hastalarda ve rüptürün erken tanınmasında bisipital tenodezin endike olduğunu söyleyebiliriz. Burada kullanılacak teknik cerrahın kişisel deneyimlerine bağlıdır. Yaşlı hastalarda ve rüptürün geç tanımlandığı durumlarda ise uygulanacak yöntem konservatif olmalı ve süratle omuz egzersizlerine geçilmelidir.

S U M M A R Y

Four cases of rupture of the long tendon of the Biceps Brachii were presented. One of them was operated after two weeks and the others were managed conservatively. The literature on this condition was reviewed and alternativ forms of treatment were discussed. It is our concluded that, the older patients and the old cases should be mana tenodesis.

K A Y N A K L A R

- 1 — BOOTH, A. E. and MARVEL, P. J. : Bicipital ruptures. Orthop. Clin North Amer. Vol. 6, No. 2, Apr. 1975.
- 2 — BUTLER, E. F. and BUCK, R. M. : Rupture of the long head of the Biceps Brachii. South Med J. 51:1153, 1958.
- 3 — COWAN, M. A. and ALEXANDER, S. : Simultaneous bilateral rupture of the Achilles tendon due to trauma. Brith Med J., 1:1658, 1961.
- 4 — CRENSHAW, A. H. : Campbell's operative Orthopaedics. Vol. 2, 5th Ed. The C. V. Mosby Comp., St. Louis 1971.
- 5 — DEL PIZZO, W., NORWOOD, L. A., JOBE, F. W., BLAZINO, M. E., and FOX, J. M. : Rupture of the biceps tendon in gymnastics. Amer J. Sport Med., Vol 6:283, 1978.
- 1 — DE PALMA, A. F. : Surgery of the Shoulder. 2nd Ed. Uhiladelphia, J. B. Lippincott Comp. 1973.
- 7 — FROMSON, A. I. : Keyhold tenodesis of biceps origin at the Shoulder. Clin Orthop. 112:245, 1975.
- 8 — HEMPEL, K. and SCHWENKE, K. : Über Abrisse Arch Orthop Unfall-Chir. 79:313, 1974.
- 9 — HOVELIUS, L. and JOSEFSSON, G. : Rupture of the distal biceps tendon. Acta Orthop Scand. 48 (3):280, 1977.
- 10 — LOGEL, R. J. : Rupture of the long tendon of the Biceps Brachii Muscle. Clin Orthop. 121:217, 1976.
- 11 — O'DONOGHUE, D. H. : Treatment of Injuries to Athletes, 3 th Ed. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1976.
- 12 — POSTACCHINI, F. and RICCIARDI-POLLINI, P. T. : Rupture of the Short head tendon of the Biceps Brachii. Clin Orthop. 124:229, 1977.
- 13 — TUREK, S. A. : Principles and Their Applcations. J. B. Lippincott Co. 2 nd Ed. 1967.
- 14 — WILLIAMS, J. G. P. and SPERRY, P. N. : Sports Medicine Edward Arnold Ltd. London, 2nd Ed. 1976.