

AKROMİO-KLAVİKULAR ÇIKIKLARDA CERRAHİ TEDAVİ

«13 VAKA DOLAYISIYLA»

Fethi ÖZŞAHİN ***Yavuz KIRANYAZ ******Baki ELHAN ******Ö Z E T**

Acromio-Clavicular eklem çıkıkları genellikle omuz üzerine düşmeier sonucu direkt veya indirekt kuvvetlerin etkisi ile oluşur. Akut vakalarda kapalı redüksiyon ve tesbit denenmelidir. Redüksiyon başari lamamışsa veya çıkık tekrarlamışsa cerrahi tedavi endikasyonu vardır. Bu konuda çok sayıda ve değişik teknikler tarif edilmiştir. Bunların içinde taraftar bulmuş olanları PHEMISTER, MUMFORD, STEWART, DEWAR, BARRINGTON, HENRY ve NEVIASER tarafından bildirilmiş olanlardır. Bu ameliyatlardan sonra iki hafta kadar VELPEAU bandajı gereklidir. Post operatif devrede uygulanması gereken rehabilitasyon programı çok dikkatli olarak takip edilmelidir.

Bu yazıda 1968-1975 yılları arasında NEVIASER tekniği ile tedavi edilen 11 vaka, MUMFORD tekniği ile ameliyat edilen 2 vaka sonuçları ile birlikte verilmiştir. Bazı vakaların ameliyattan evvel ve sonraki radyogramlarının fotoğrafları da eklenmiştir.

Acromio-Clavicular (A.C.) eklem çıkıkları genellikle atletik yapıdaki genç ve erişkinlerde görülür. Bu eklemden çıkık oluşabilmesi için Os Clavicula ile Os Scapula arasındaki Conoid, Trapezoid ve A.C. ligamentler ile eklem kapsülünün yırtılması ve kopması gerekmektedir. Bu kalem üzerine oluşan travmalar sonucu bu ligamentlerde basit bir gerilmeden (Sprain) tam dislokasyonlara kadar varan çeşitli tipte lezyonlar oluşabilir (3,5). Lezyonları kısaca belirtmek için 3 derece şeklinde incelemek yararlı olur. Şöyleki : 1 - İncinme (Sprain), 2 - Subluksasyon, 3 - Dislokasyon. HORN dislokasyon esnasında claviculaya yapışan Trapezius ve Deltoid adale liflerinin de mutlaka zarar gördüklerini bildirmiştir (3,9).

Ön-Arka radyogramlarda eklem aralığındaki artma clavicula dış ucunun arkaya doğru yarı çıkık teşkil ettiğinin delilidir. Yukarı doğru

* S.S.K. İzmir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi

** S.S.K. İzmir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Asistanı

— Dergiye geliş tarihi : 10.2.1978

olursa radyogramlarda bariz görüntü verir. URIST, JACOB, WADE adlı yazarlar şayet travmadan 3 hafta geçmişse konservatif tedavinin çok güç olacağını bildirmişlerdir (3,10,16). Bu görüş benimsenmiştir.

A.C. çıkığın belli başlı klinik, kolun abduksiyonunda belirgin olmak üzere diğer hareketlerinde de görülen güçlüktür. Klinik muayenedeki eklem şiş ve de oluşu tanı koydurabilir ancak kesin tanı radyolojik tetkik ile konur. Radyogram alınırken hastanın eline ağırlık verilmesi belirginliği yönünden faydalıdır (4). Tedavi edilmeyen vakalar ilerde ağırlı arthritisi'lere neden olur (4,6).

A.C. eklem menteşe tipi oynaklardır. Omuz hareketleri üzerinde etkisi büyüktür. Tedavi yöntemi seçilirken clavicuların rotasyonel hareketleri olduğu ve bu hareketlerin engellenmemesi gerektiği hatırlanmalıdır (12,14,15).

Çocuklarda A.C. eklem çıkıkları enderdir. Bu lezyonu yapabilecek travmalar çocuklarda genellikle clavicular kırıklarına sebep olurlar (19).

TEDAVİ:

Burada konservatif tedavilere değinmeyeceğiz. Taraftar ve uygulama bulmuş olan cerrahi yöntemler kısaca şu şekilde özetlenebilir.

Modifiye PHEMISTER Tekniği: A.C. eklem redükte edildikten sonra 2 adet KIRSCHNER teli ile fikse dikiş ile tamir edilir. Orta yaşlı vakalarda kullanım bulmuştur (18).

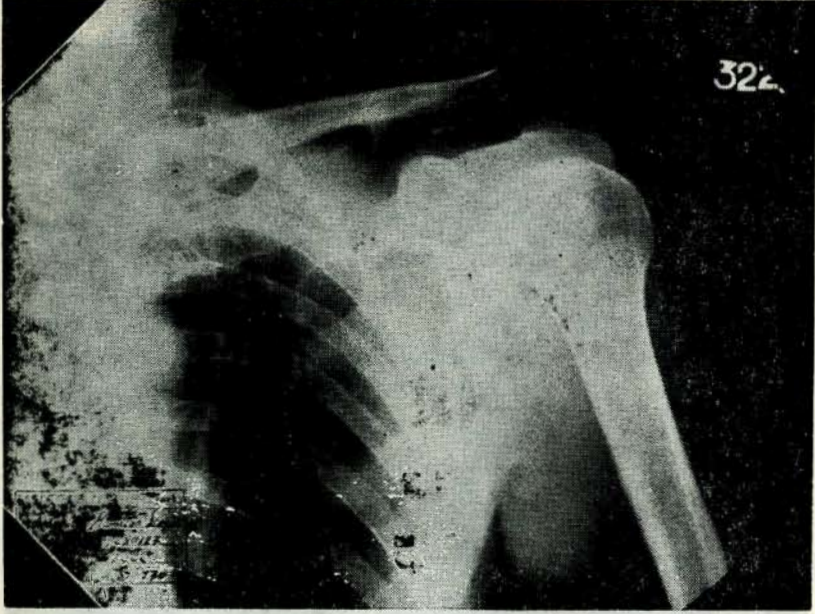
STEWART Tekniği: Clavicular dış ucundan 1 cm'lik kemik segmenti eksize edilir. Sonra clavicular ile acromion KIRSCHNER telleri ile tesbit edilir. Bu arada Coraco-Clavicular bağ onarılır. Genç vakalarda kullanım bulmuş bir tekniktir.

Modifiye HENRY Tekniği: Redüksiyondan sonra clavicular ile acromion KIRSCHNER telleri fikse edilir. Fascia Lata grefti ile kopmuş olan Coraco-Clavicular bağ onarılır.

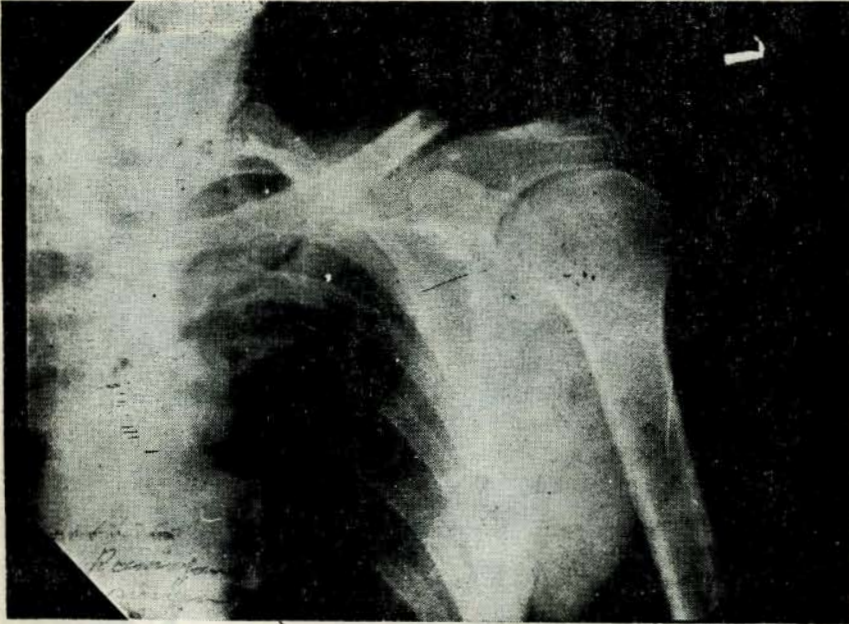
MUMFORD Tekniği: Clavicuların dış ucu rezeksionudur. Geniş uygulama alanı bulmuştur.

NEVIASER Tekniği: Yazar orjinal yayınlarında 112 vakada uyguladığı yöntemin % 92 oranında başarılı sonuç verdiğini bildirmiştir. Bu tekniğe ait değişik vaka serilerinde de başarılı sonuçlar verilmektedir (17,11,15,20). Tekniğin amacı Coraco-acromial ligament'in Coracoid çıkıntısından ayrılarak, claviculara suture edilmesi, ve böylece kopmuş olan A.C. bağın yeniden oluşturulmasıdır. Ayrıca belirli

bir süre kalacak olan KIRSCHNER telinin eklem redükte edildikten sonra acromion ile clavicalayı birbirine tesbit etmesidir.

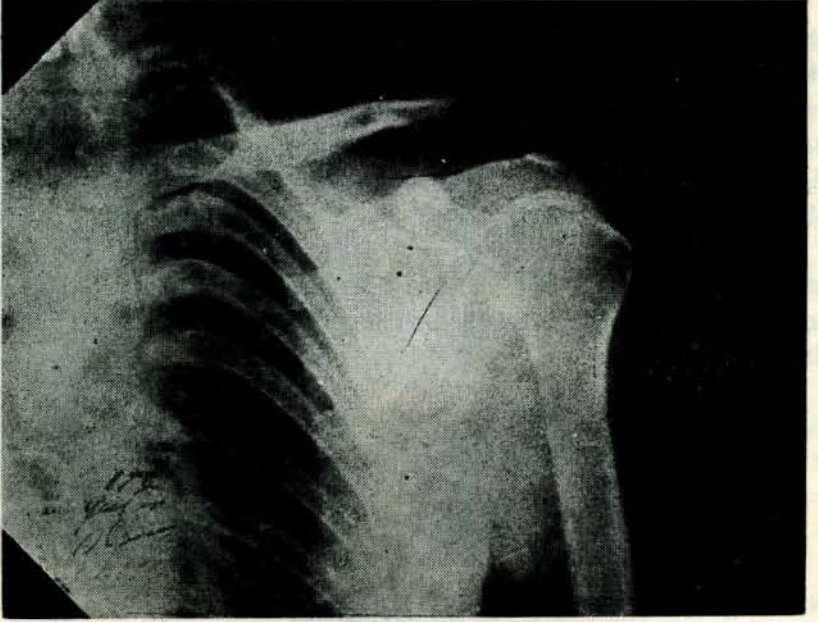


Resim : 1-a — Eski redükte edilmemiş bir A.C. çıkığının ameliyattan evvelki radyogramı.

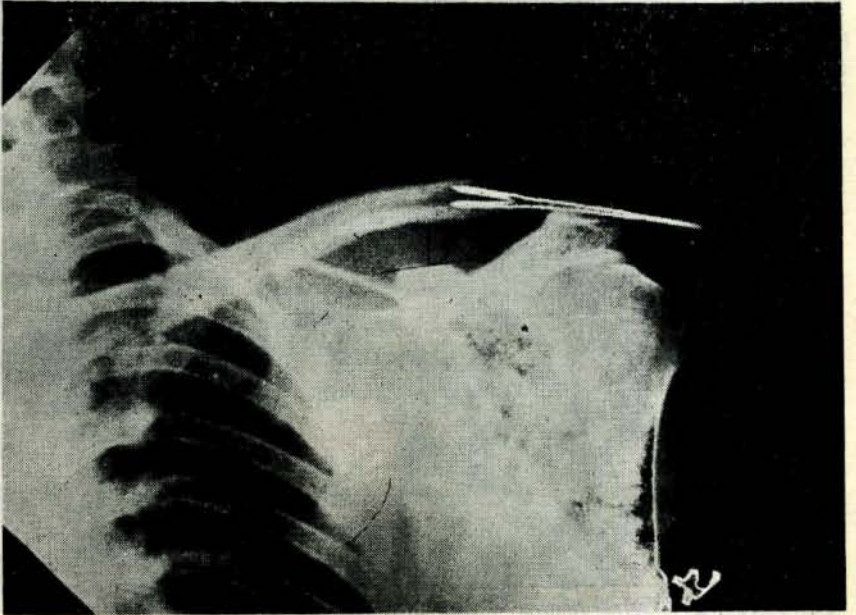


Resim : 1-b — Aynı vakanın MUMFORD tekniği ile ameliyatından sonraki radyolojik görünümü.

Bu konuda bazı terkedilmiş veya taraftar bulmamış yöntemler de vardır. Örneğin : Claviculanın vida ile coracoid çıkıntıya tesbiti, Telle bağlama, vb.



Resim : 2-a — Diğer bir vakanın ameliyat öncesi radyogramı.



Resim : 2-b — Resim 2-a daki vakanın NEVIASER TEKNİĞİ ile ameliyatından sonraki görünümü.



Şekil : 1 — NEVIASER tekniğinin şematik açıklaması görüüyor.

Coracoid çıkıntıya yapışan adalelerin tendon konjüanları ile bir miktar kemik parçasının clavicalaya muş bir tekniktir.

Bu tekniklerin uygulanmasında post operatif devrede genellikle iki hafta sürecek VELPEAU tipi bandaj uygulanmaktadır. Tesbit için kullanılmış KIRSCHNER tellerinin alınması ise ortalama olarak ameliyattan sonra 6-8 ci haftalarda ve lokal anesteziyle olmaktadır (1,3, 8,13,14,17).

MATERYEL VE METOD :

Kliniğimizde A.C. eklem çıkığı ile başvuran hastalarımızdan 1968-1975 yılları arasında cerrahi tedaviye ikna edip tam takibini yapabildiğimiz ve sonuçlarını saptayabildiğimiz 13 vakada aldığımız sonuçlar genellikle yüz güldürücü olmuştur (Tablo: I).

No.	Adı	Yaş	Cins	Taraf	Prot No.	Teknik	Fonksiyonel Sonuç
1	M.N.	37	E	Sol	18160/969	Neviaser	Abduksiyonda 10 D. sınırlı
2	H.Ü.	?	E	Sağ	21596/968	Neviaser	Çok iyi
3	C.H.	42	E	Sağ	17672/970	Neviaser	Abduksiyon 15 D. sınırlı
4	M.Y.	26	E	Sol	4294/968	Neviaser	Çok iyi
5	Y.A.	38	E	Sağ	224/969	Neviaser	Abduksiyon 25 D. sınırlı
6	M.I.	39	E	Sağ	13926/969	Neviaser	Çok iyi
7	A.E.	55	E	Sağ	19477/968	Neviaser	Çok iyi
8	E.C.	26	E	Sağ	17748/970	Neviaser	Abduksiyon 10 D. sınırlı
9	R.S.	56	E	Sol	18809/969	Mumford	Çok iyi
10	A.İ.	46	E	Sol	22209/969	Mumford	Çok iyi
11	H.C.	38	K	Sol	? /972	Neviaser	Çok iyi
12	A.B.	50	K	Sol	11541/974	Neviaser	Abduksiyon 25 D. sınırlı
13	H.B.	47	E	Sağ	156/975	Neviaser	Çok iyi

TABLO : I — S.S.K. İzmir hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniğinde 1968-1975 yılları arasında cerrahi yöntemle tedavi edilmiş vakaların ve alınan sonuçların özeti görülmektedir.

Vakalarımızdan sadece biri kadındır. Diğerleri işçi erkeklerdir. En genç vaka 26, en yaşlısı ise 56 yaşlarındadır. 7 vakada lezyon sağ tarafta, 6 vakada ise sol taraftadır.

Kliniğimizde benimsediğimiz yöntem, Coraco-acromial bağı kullanarak A.C. bağı yeniden teşkil etmek esasına dayanan ve NEVIASER tarafından tarif edilen tekniktir. Vakalarımızın 11 inde bu tekniği uyguladık. Diğer iki vakada clavícula dış ucunun rezeksyonu (MUMFORD) uyguladık. Bunlar orta yaşın biraz üstündeki vakalar idi. Post operatif devrede 3 hafta VELPEAU bandajı uyguladık. Tesbit için kullanılan KIRSCHNER tellerini ortalama olarak ameliyattan sonraki 6 cı haftada çıkarıldı. Ve hemen aktif egzersizlere başlandı. Bu hareketlerde asla zorlanmadan fakat hastayı her gün daha ileri hareketlere teşvik edecek şekilde bir program düzenlenmiştir. Bu programda özellikle omuzun abduksiyon hareketinin kazandırılması amacı güdüldü. Vakaların 5 tanesinde önemsiz ölçüde abduksiyon sınırlanması kalmıştır. Ancak bu hastaların evvelce yaptıkları işlere dönmelerini engellememiştir. Vakaların 8 inde omuz hareketlerinde hiçbir kısıtlanma meydana gelmemiştir. Bu vakaları sonuç yönünden çok iyi olarak değerlendirildi. Rehabilitasyon için tüm vakalarda fizik tedavinin yardımını istedik. Hiçbir vakada komplikasyon gelişmedi. Gene hiçbir vakada post op. devrede tekrarlayıcı çıkıklar oluşmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ :

A.C. eklem çıkıklarında kapalı redüksiyon ve tesbite dayalı konservatif tedavi yönteminin % 20 oranda arzu edilmeyen sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Bu sonuçlar omuz eklemindeki birçok hareketlerde sınırlanma (özellikle abduksiyonda) olduğu gibi ileri periodlarda arthritisi nedeniyle oluşan ağrı yakınmaları şeklindedir (10).

Cerrahi olarak uygun bir yöntem seçilmişse alınan sonuçların iyi olduğuna literatürde rastlanmaktadır. Yeni vakalarda ise özellikle konservatif tedavi denemenin yararı vardır kanısındayız. Bu konuda URIST adlı yazar daha da ileri giderek akut A.C. çıkık vakalarında hemen cerrahi tedavi uygulamayı fil tüfeği ile kuş avlamaya benzetmiştir.

Hastaya cerrahi tedavi uygulama konusunda özellikle ülkemizde de bazı güçlükler görülmektedir. Ameliyat için hastayı ikna etmek birçok durumlarda başarısızdır. Nitekim 10 hastamız cerrahi tedavi teklifimizi, gösterdiğimiz örneklerle rağmen kabul etmemişlerdir. Oysa omuz eklemine çıkık meydana gelmiş olsa idi bu hastalar herhalde ne gibi bir yöntem teklif edilirse edilsin hemen kabul edeceklerdi kanısındayız. Buradan şöyle bir sonuç çıkarılabilir. A.C.

eklem organizmada tek bir ünite olarak düşünülduğünde fonksionu omuz veya dirsek eklemi kadar aktif görülmemekte, en azından hasta tarafından bu şekilde hissedilmektedir. Gerçekten tedavi edilmemiş A.C. eklem çıkıklarında hasta omuz hareketlerindeki kaybı önemli görmemekte ve ameliyat korkusu buna eklendiğinde viye yaşmamaktadır inancındayız. Biz bu grup hastalarımıza ileride oluşabilecek omuz eklemindeki ağrılardan, arthritisi ve ona bağlı hareket güçlüklerinden söz etmemize rağmen onları cerrahi tedaviye ikna edemedik. Birkaç hastamız bu lezyonun günlük hareketlerini önemli ölçüde etkilemediğini ve bu nedenle ameliyatı kabul edemeyeceklerini söylediler.

S.S.K. hastanelerinde tedavi edilen hastaların çoğunun aktif işlevi olan işçiler olduğu bilinen bir durumdur. A.C. çıkıklı işçileri en az hareket eksikliği ve semptomlarının tümüyle giderilmiş olarak tekrar işlerinin başına göndermek söz konusu olunca bu konunun önemi artmaktadır. Şimdilik bu problemin halli için en büyük faktör hekimin ikna yeteneği gibi gözükmektedir.

Sonuç olarak özellikle eski redükte edilmemiş A.C. çıkıkların mutlaka cerrahi yöntemle tedavi edilmeleri ve post operatif devrede çok iyi rehabilite edilmeleri gerektiği kanısındayız.

SUMMARY

Surgical treatment in acromio-clavicular dislocations

At 13 cases which involved with acromio-clavicular dislocation, NEVIASER and MUMFORD technics were performed at S.S.K. İzmir Hospital. We believe that NEVIASER technic is a better one comparing to other surgical technic for the acromio-clavicular dislocation treatment.

The X-Ray gram's photographs of our patients and the table which includes the results of the operations were added.

As a result the discussion about types of treatment methods and the importance for satisfying the patients for the surgical procedure.

LİTERATÜR

- 1 — BAILEY, R. W. : A Dynamic repair for Acromio-Clavicular Dislocation. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 47-A No: 4, pp.858, 1965.
- 2 — BANKS and LAUFMAN : An Atlas of Surgical Exposures of the Extremities. Saunders Co. Philadelphia-London, 1953, pp. 21.
- 3 — CAMPBELL'S : Operative Orthopaedics. Vol. I, Fifth edition, pp. 424, Mosby Co. 1971 - Saint Louis.
- 4 — COMPERE and BANKS : Pictorial Handbook of Fracture Treatment 4th edition, Year Book Publishers Inc. Chicago - 1958.
- 5 — DE PALMA : The Management of Fractures and Dislocations. An Atlas. Vol. I. Saunders Co. 1970, pp. 513.
- 6 — EGE, R. : Hareket Sistemi Travmatolojisi. Ank. Üniv. Tıp Fak. Yayın No. 250 İkinci Baskı, 1971, Sayfa 111.

- 7 — GOLDSTEIN, L. A., DICKERSON, C. R. : Vol. I, Atlas of Orthopaedic Surgery Mosby Co. pp. 19, 1974, Saint Louis.
- 8 — HART, V. L. : Treatment of acute Acromio-Clavicular Dislocation. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 36-B, pp. 194-201, 1954.
- 9 — HORN, J. S. : The Traumatic Anatomy and Treatment of Acromio-Clavicular Dislocation. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 23, 1941.
- 10 — JEROME, I. C., WARNER, D. B. : Repair of Acromio-Clavicular Separations by Deltoid-Trapezius Imbrication. Clinical Orthopedics. No. 20, pp. 109, 1961.
- 11 — JONES, W. : Fractures and Joint Injuries .Vol. II, 5th edition, pp. 540, Churchill Livingstone Co. Edinburgh-London-New York, 1976.
- 12 — KAPANDJI, A. I. : The Physiology of the Joints. Vol. I, 2nd edition. Churchill Livingstone Co. 1970, pp. 56.
- 13 — KENNEDY, J. C. and CAMERON, H. : Complete Dislocation of the Acromio-Clavicular. Joint. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 36-B, pp. 202, 1954.
- 14 — MAXIME, P. B. : Traumatic Acromio-Clavicular Sprains and Subluxations. Clinical Orthopedics. No. 20, pp. 98, 1061.
- 15 — MERCER'S : Orthopaedic Surgery, 7th edition, pp. 958, Arnold Co. London, 1973.
- 16 — MUMFORD, E. B. : Acromio-Clavicular Dislocation. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 23, pp. 799, 1941.
- 17 — NEVIASER, J. S. : Clinical Orthopedics and related research. No. 58, May-June 1968, pp. 57.
- 18 — PHEMISTER, D. B. : Treatment of A. C. Dislocation by open reduction and threaded wire fixation. The J. of Bone and J. Surg. Vol. 24.
- 19 — TACHDJIAN : Pediatric Orthopaedics, Vol. 2, pp. 1552. Saunders Co. Philadelphia-London-Toronto, 1972.
- 20 — TUREK, S. L. : Orthopaedics and Their Application. 2nd edition. pp. 570, Lippincott Co. Philadelphia-Toronto, 1967.