



Akromiyoklaviküler eklemin subkorakoid dislokasyonu

Kerem M. CANBORA¹, Tolga TZNER², Serhat H. YANIK¹, Mücahit GRGE¹

¹Haydarpaa Numune Eēitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniēi, İstanbul;

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, 2. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniēi, İstanbul

Subkorakoid akromiyoklaviküler çıkıklar oldukça nadir ve omuz bölgesinde görülen bir yaralanma tipidir. Çalışmamızda, yüksekten dme sonucu çoklu yaralanmaların eşlik ettiēi subkorakoid ıkıklı bir olgu sunulmaktadır. Hastanın fizik muayenesinde 90° abduksiyonda aērılı mekanik blok ve akromiyoklaviküler bölgede Őlik mevcuttu. Radyografiler ve bilgisayarlı tomografi ile kesin tanı konuldu. Distal klavikula rezeksiyonunu takiben korakoakromiyal baē klavikula üzerine transfer edildi. İki yıllık takip sonucunda, korakoklaviküler kemikleşme geliŐimine raēmen hastanın aērısız ve günlük aktivitelerini tam olarak yerine getirebildiēi görüldü.

Anahtar sözcükler: Akromiyoklaviküler eklem, çıkık.

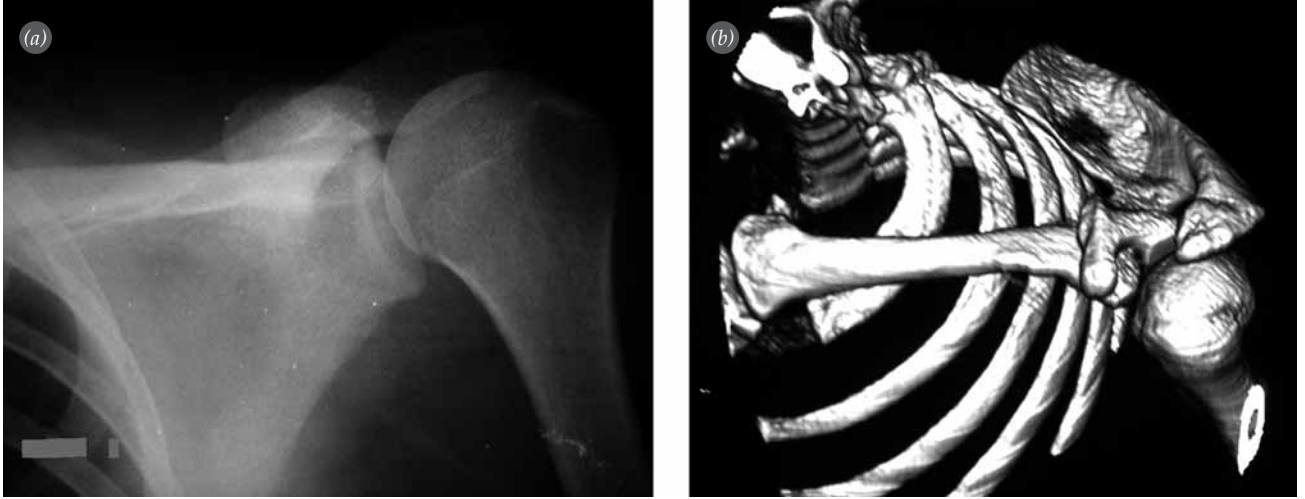
Akromiyoklaviküler eklem yaralanmaları, korakoklaviküler ve akromiyoklaviküler ligamanların yaralanma Őiddeti temel alınarak sınıflandırılır. Tossy ve ark. tarafından yapılan ilk sınıflandırmada 3 tip çıkıktan bahsedilmiştir.^[1] Rockwood ise yeni çıkık tipleri ekleyerek günümüzde de kullanılan sınıflandırmayı yapmıŐtır.^[2] Bu sınıflandırma, aynı zamanda, tedavi yaklaŐımlarının belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Güncel sınıflandırmaya göre Tip 1 ve 2 yaralanmalar aērı kontrolü ve rehabilitasyon ile tedavi edilir. Tip 3 yaralanmaların tedavisi halen tartıŐmalı olmakla beraber, konservatif ya da cerrahi yöntemler uygulanabilir.^[3] Tip 4, 5 ve 6 yaralanmalar ise hemen her zaman cerrahi tedavi edilirler. Tip 6 yaralanmalar çok nadir olup Gerber ve Torrens tarafından bildirilen toplam 4 olguda klavikula distal ucunun akromiyon ya da korakoid altında sıkıŐtıēından bahsedilmektedir.^[4,5] Yüksek enerjili travma sonucu oluŐan bu yaralanmaların kolun abduksiyon ve dış rotasyon zorlaması ile geliŐtiēi düŐünülür. Bu olgulara klavikula, üst kaburga kırıklarının ve nörolojik yaralanmaların eşlik ettiēi bildirilmiŐtir. Erken

cerrahi tedavi önerilen bu çıkıklarda tedavi yöntemi ilgili bir ortak yaklaŐım bulunmamaktadır.

Sunulan olguda korakoakromiyal ligamanın distal klavikulaya transferi ve dikiŐ ile gclendirilmesini içeren modifiye Weaver-Dunn yöntemi uygulanmıŐtır. Son alıŐmalar bu rekonstrüksiyon tekniēinin etkili olduēunu göstermektedir.^[3,6,7]

Olgu sunumu

Yirmi sekiz yaŐındaki bayan hasta yüksekten dme sonucu geliŐen, klavikulanın distal ucunda subkorakoid ıkıkla beraber, çoklu organ yaralanması nedeniyle kliniēimize yönlendirildi. Hayati bulgularının dengeli olmaması nedeniyle subjektif yakınlmaları alınamayan hastanın fizik muayenesinde omuz 90° abduksiyonda mekanik blok oluŐtuēu gözlendi. Akromiyoklaviküler eklem üzerinde minimal Őlik ile birlikte hassasiyet mevcuttu. Akromiyon belirgindi ve korakoid ıkıēın üst yüzeyi kolayca palpe edilebiliyordu. Klavikulanın radyografiler, bilgisayarlı tomografi (BT) ve 3 boyutlu BT'deki subkorakoid konumu sonrası subkorakoid tip akromi-



Şekil 1. Ameliyat öncesi (a) AP radyografi ve (b) 3 boyutlu BT görüntüleri.

yoklaviküler eklem çıkığı tanısı kondu (Şekil 1). Sol üst ekstremitenin nörovasküler muayenesi ve elektromiyografisi normaldi.

Yaralanmadan 16 gün sonra hastanın genel durumu izin verdiğinde açık yerleştirme gerçekleştirildi. Distal rezeksiyonu takiben klaviküler ucun üst yüzeyine intramedüller kanala açılan iki kemik tünel oluşturuldu. Korakoakromiyal bağ akromiyona yapışma yerinden kesilerek distal klavikulada oluşturulan kemik tünellerden medüller kanala geçirildi. Klavikula anatomik pozisyonuna getirilerek, korakoakromiyal bağ yeni yerine tespit edildi. Daha sonra, emilmeyen dikişlerle klavikula ve korakoid korakoid tabanı çevresinde birbirine tutturularak kora-

koklaviküler bağlantının güvenliği artırıldı. Son olarak deltotrapezial fasya klavikula üzerinde onarıldı. Ameliyat sonrası dönemde 3 hafta omuz-kol askısı kullanıldı. İlk hafta aktif yardımcı rehabilitasyon uygulanan hastada, 5. haftada sınırlama olmaksızın tam aktiviteye izin verildi. Omuz güçlendirme egzersizlerine ameliyat sonrası 8. haftada başlanmakla birlikte, 12. haftaya kadar zorlayıcı aktivitelerden kaçınıldı. On sekiz ay sonra yapılan radyografik değerlendirmede korakoklaviküler mesafenin azaldığı ve belirgin korakoklaviküler kemikleşme geliştiği gözlemlendi (Şekil 2). İkinci yılın sonunda yapılan son kontrolde hastanın omuz hareketlerinin ağrısız olduğu ve herhangi bir şikayeti olmadan günlük aktivitelerini yapabildiği görüldü.



Şekil 2. Ameliyat sonrası 18. aydaki (a) AP radyografi ve (b) 3 boyutlu BT görüntüleri.

Tartışma

Akromiyoklaviküler eklem subkorakoid tip çıkığı son derece nadirdir. Mekanizması kesin olmakla birlikte kolun hiperabduksiyon ve dış rotasyon zorlamasına skapulanın retraksiyonunun katılımı ile meydana geldiği düşünülmektedir. Bildirilen olgularda klavikulanın sağlam birleşik (konjoint) tendon arkasında sıkıştığından bahsedilmektedir.^[4,8] Torrens ve ark.'nın bildirdiği akromiyon kırıklı hasta dışında, diğer tüm olgularda omuz abduksiyonda iken ağırlı mekanik bloktan bahsedilmiştir.^[5] Sunulan olguda da 90° abduksiyonda ağırlı mekanik blok mevcuttu.

Yüksek enerjili travma ile oluşması nedeniyle akromiyoklaviküler eklem subkorakoid çıkığında klavikula ve üst kaburgaları içeren iskelet sistemi kırıkları görülmektedir. Gerber ve Rockwood, Mc Phee, Patterson geçici nörolojik ya da damarsal yaralanmalar bildirmişlerdi.^[4,8,9] Mc Phee ve Patterson geçici nörolojik lezyonların gelişmesinde çıkıktan ziyade omuz kontüzyonunu sorumlu tutmuşlardı.^[8,9] Gerber and Rockwood ise omuz hareketleri ile ön plana çıkan parestezinin üzerinde durmuşlardı.^[4] Bu patolojik durumun klavikulanın nörolojik irritasyon nedeniyle yer değiştirmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Olgumuzda nörolojik ya da damarsal yaralanmalara rastlanmamıştır.

Literatürde tanımlanmış tüm olgular cerrahi olarak tedavi edilmişlerdir.^[4,5] Cerrahi teknikler, akromiyoklaviküler eklem primer stabilizatörü olması sebebi ile korakoklaviküler bağ rekonstrüksiyonuna odaklanmıştır. Gerber and Rockwood özel korakoklaviküler lag vidası kullanarak bağları tamir etmiş, deltotrapezial fasyayı klavikula üzerine bindirerek eklem dışı onarım gerçekleştirmişlerdi.^[4] Torrens ve ark. ise klavikulayı Bosworth'un tarif ettiği şekilde korakoklaviküler vida ile tespit etmişlerdi.^[5] Olgumuzda, Weaver ve Dunn'ın popülarize ettiği şekilde korakoakromiyal bağın klavikula dışına transferini gerçekleştirdik.^[10] Eklem yumuşak doku ve eklem içi disk hasarı nedeniyle klavikula distali sekonder dejeneratif değişikliklerin gelişmesini önlemek için rezektive edildi.

Korakoklaviküler kemikleşme akromiyoklaviküler yaralanma tipinden bağımsız olarak gözlenebilir. Bazı yazarların cerrahi tedavinin bir sonucu olduğunu düşünmelerine rağmen, kemikleşmenin tedavi yönteminden bağımsız olarak oluştuğu yolunda da

görüşler mevcuttur.^[11] Olgumuzda, literatürle benzer olarak, korakoklaviküler kemikleşme cerrahi sonrası gelişmiştir. Bununla birlikte, hastanın şikayeti olmamış ve tamamıyla tam hareket açıklığı elde edilebilmiştir. Bulgular bu patalojilerin oluşum nedenleri hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, klavikulanın subkorakoid çıkığı nadir bir yaralanmadır ve genellikle yüksek enerjili travma ile oluşmaktadır. Radyolojik bulgu ve BT olmadan teşhisi zor olsa da, klinisyenlerin omuz kuşağının farklı yaralanmaları içinde bu yaralanma tipini de göz önünde bulundurmaları gerektiğini düşünmekteyiz.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Tossy JD, Mead NC, Sigmond HM. Acromioclavicular separations: useful and practical classification for treatment. *Clin Orthop Relat Res* 1963;(28):111-9.
2. Williams GR, Nguyen VD, Rockwood CA Jr. Classification and radiographic analysis of acromioclavicular dislocations. *Appl Radiol* 1989;18:29-34.
3. Bishop JY, Kaeding C. Treatment of the acute traumatic acromioclavicular separation. *Sports Med Arthrosc Rev* 2006;14:237-45.
4. Gerber C, Rockwood CA Jr. Subcoracoid dislocation of the lateral end of the clavicle. A report of three cases. *J Bone Joint Surg Am* 1987;69:924-7.
5. Torrens C, Mestre C, Pérez P, Marin M. Subcoracoid dislocation of the distal end of the clavicle. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1998;(348):121-3.
6. Dimakopoulos P, Panagopoulos A, Syggelos SA, Panagiotopoulos E, Lambiris E. Double-loop suture repair for acute acromioclavicular joint disruption. *Am J Sports Med* 2006;34:1112-9.
7. Tienen TG, Oyen JF, Eggen PJ. A modified technique of reconstruction for complete acromioclavicular dislocation: a prospective study. *Am J Sports Med* 2003;31:655-9.
8. McPhee IB. Inferior dislocation of the outer end of the clavicle. *J Trauma* 1980;20:709-10.
9. Patterson WR. Inferior dislocation of the distal end of the clavicle. A case report. *J Bone Joint Surg Am* 1967;49:1184-6.
10. Weaver JK, Dunn HK. Treatment of acromioclavicular injuries, especially complete acromioclavicular separation. *J Bone Joint Surg Am* 1972;54:1187-94.
11. Rockwood CR Jr, Williams GR Jr, Young DC. Disorders of the acromioclavicular joint. In: Rockwood CR Jr, Matsen FA III, editors. *The Shoulder*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 1998. p. 536-7.