

Rekürrent anterior omuz çıkıklarında modifiye Bristow girişimi

Cüneyt Mirzanlı⁽¹⁾, Mustafa Caniklioğlu⁽²⁾, Cemil Ertürk⁽³⁾, Nikola Azar⁽¹⁾, Murat Mert⁽⁴⁾

Etyolojisi üzerindeki tartışmaların günümüzde de sürdüğü rekürrent omuz çıkıklarında seçilecek ameliyat yöntemi ile ilgili olarak yazarlar arasında tam bir görüş birliği sağlanamamıştır. SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde 1985-1992 yılları arasında 32 hastaya modifiye Bristow girişimi uygulanmıştır. Bu hastalardan kontrolleri yapılabilen 26 hasta ortalama 46.8 ay takip edilmiş ve alınan sonuçlar literatür bilgileri altında bu çalışmamızda sunulmaya çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Rekürrent anterior omuz çıkığı, modifiye Bristow girişimi

Modified Bristow procedure on the treatment of recurrent anterior shoulder dislocations

There is not general agreement between the authors about the surgical treatment of recurrent anterior shoulder dislocations and aetiology of this problem is still controversial. Between 1985-1992 at SSK Istanbul Hospital Orthopaedics and Traumatology Department, we performed modified Bristow operation to 32 patients. 26 patients whose last controls are available, were evaluated again after a median follow up of 46.8 months and the results were compared with the results in the literature.

Keywords: Recurrent anterior shoulder dislocation Modified Bristow procedure

Stabilitesi kemiksel yapılardan çok yumuşak dokular tarafından sağlanan omuz eklemi tekrarlayan çıkıkların en sık görüldüğü eklemdir. Büyük çoğunluğunu anterior çıkıkların oluşturduğu bu patolojide spontan iyileşme mümkün olmamaktadır (1, 8, 9, 10).

Özellikle gençlerde eksik tedavi edilen primer omuz çıkıklarının önemli bir komplikasyonu olan tekrarlayan omuz çıkıklarını önemsiz travmalarla oluşan çıkıklar olarak tanımlayabiliriz.

Etyolojisi üzerindeki tartışmaların günümüzde de sürdüğü rekürrent anterior omuz çıkıklarında tedavi ile ilgili olarak yazarlar arasında tam bir görüş birliği sağlanamamış olup, bu nedenle 150'den fazla ameliyat çeşidi ve modifikasyonları tanımlamıştır (1, 9).

Bankart, Hill-Sachs lezyonu, anterior kapsüler mekanizma denilen yapılardaki eksiklikler, subscapularis kasındaki gevşeklik gibi patolojiler çeşitli yazarlarca esansiyel lezyon olarak tanımlanmış ve uygulanan cerrahi tekniklerde bu patolojilere yönelik olarak gerçekleştirilmiştir (2, 4, 5, 6, 11).

İlk olarak 1954' de Laterjet tarafından tanımlanan Bristow prosedürü zaman içerisinde çeşitli modifikasyonlara uğramış ve patolojinin tedavisinde kullanılan önemli ameliyat yöntemlerinden birini oluşturmuştur.

Biz bu çalışmamızda kliniğimizde rekürrent anterior omuz çıkığı tanısı ile modifiye Bristow girişimi uygulanan 32 hastadan kontrollerini yapabildiğimiz 26 hastada almış olduğumuz sonuçları bildirmeyi amaçladık.

Hastalar ve yöntem

1985-1992 yılları arasında SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde 32 rekürrent anterior omuz çıkığı olgusuna modifiye Bristow girişimi uygulanmıştır. 8'i kadın, 24'ü erkek olan hastalarımızın en genci 17, en yaşlısı 45 yaşında olup ortalama yaş 31.8'dir (Tablo 1).

	Erkek	Kadın
Cins	24	8
Yaş	Ort. 29.8	Ort. 26.9
İlk çıkık görülme yaşı	Ort. 24.6	Ort. 23.7
Çıkık sayısı	Ort. 6	Ort. 5

Tablo 1: Vakalarımızın yaş, cinsiyet, çıkık görülme yaşı ve sayıları

Hastalarımızda ilk çıkık görülme yaşı en az 17, en fazla 31 yaş olup ortalama yaş 24.2'dir. 8 vakada sol omuza girişimde bulunulurken 24 vakada sağ tarafa müdahale edilmiştir. En fazla çıkık sayısı bir hastada 20'den fazla iken en az çıkık sayısı 4 olarak saptanmıştır. Hastalarımızın 18'inde ilk çıkıktan sonra nüksler ilk iki yıl içerisinde oluşmuştur. Vakalarımızda nükslerin sıklaşması ve normal yaşamlarını kötü yönde etkilemesi ameliyat endikasyonu olarak benimsenmiştir.

Tüm vakalarımızda preoperatif olarak iç ve dış rotasyonda omuz grafileri çektilmiş olup 6 vakada Hill-Sachs lezyonuna rastladık. Yine son yıllarda Bilgisayarlı Tomografi ve Magnetik Rezonans Görüntüleme

(1) SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(2) SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.

(3) Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(4) SSK İstanbul Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Araştırma Görevlisi

gibi tekniklerin yurdumuzda da sık olarak kullanılır duruma gelmesi nedeni ile son hastalarımızın değerlendirilmesinde bu yöntemleri kullandık.

Ameliyat tekniği olarak vakalarımızda Lombardo ve arkadaşları tarafından kullanılan cerrahi tekniği uyguladık. İlk 7 vakada fiksasyon materyeli olarak kortikal vida kullanılırken, daha sonraki 25 hastada malleol vidası kullanılmıştır. Kullanılan vidalar ortalama 3.5-4 cm uzunluktadır.

Deęerlendirme ve sonuçlar

Olgularımızda en kısa takip süresi 9 ay, en uzun takip süresi 84 ay olup ortalama takip süremiz 46.8 aydır.

Sonuçlarımızın değerlendirilmesinde klinik olarak Karadimas ve arkadaşları tarafından bildirilen parametreler kullanılmış, radyolojik olarak Hovelius kriterleri ile değerlendirme yapılmıştır (Tablo 2 ve 3).

Çok iyi	: Ağrı yok, 10°'den az dış rotasyon kısıtlılığı, normal adale gücü, şikayet yok
İyi	: Herhangi bir yönde 10°'den fazla hareket kısıtlılığı veya ağrı veya instabilite hissi
Kötü	: Redislokasyon görülmesi

Tablo 2: Karadimas ve arkadaşları değerlendirme yöntemi

A-Union	
1.	Osseöz Union-Transplant ile skapula boynu arasında radyolusent zon görülmemesi
2.	Fibröz Union-Transplant ile skapula boynu arasında 5 mm'den az ayrışma
a.	Stabil-yalnızca ayrışma
b.	Unstabil-vidanın skapula içerisinde kısmi çevresinde 1 mm yada daha fazla radyolusent zon bulunması
B- Migrasyon-Transplant ile skapula boynu arasında 5 mm'den fazla radyolusent zon bulunması	
a.	Hafif 1.5 cm'den az
b.	Şiddetli 1.5 cm'den fazla
C- Vida pozisyonu	
1.	Medial-lateral planda vidanın glenoid kenarda uzaklığı
2.	Supero-inferior planda düşük, orta, yüksek yerleşim

Tablo 3: Hovelius radyolojik değerlendirmesi. Omuzun AP, aksiyel, skapula yan grafilinde vidanın pozisyonu, union tipi ve migrasyon araştırılır

Klinik değerlendirmesini yaptığımız vakalardan bir hastada 30°'den fazla dış rotasyon kısıtlılığına rastlanırken, bir hastamızda da ağrı ve instabilite bulguları gördük.

Hovelius tarafından yapılan radyolojik incelemede osseöz ya da fibröz unionla birlikte vidanın glenoid kenardan 1cm. lik mesafe içinde yerleştirilmesi, skapula boyununun alt 1/3'ünde olması ve posterior korteksi tutmasının subluksasyon, dislokasyon oranını azalttığı, mükemmel ve iyi sonuçlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (3,4).

Biz kendi olgularımızdan üç olguda hafif derecede migrasyon, iki olguda ise yüksek vida yerleşimi saptadık. 2 olguda fibröz union mevcutken biri stabil diğeri instabil.

Klinik olarak hareket kısıtlılığı gelişen hastamızda intraoperatif olarak eklem açılıp Loose Body çıkartıl-

mıştı ve postoperatif en son takipte yapılan radyolojik incelemede artrozik değişiklikler saptandı.

Ağrı ve instabilite vardı ve krepitasyon alınıyordu, konulan vidada da migrasyon gözleniyordu. Bu olgular subluksasyon olarak değerlendirildi.

Klinik olarak %92.3 çok iyi, %7.7 iyi sonuç alınırken, hiçbir hastada kötü sonuç almadık (Resim 1, 2).

Radyolojik olarak yapılan değerlendirmede ise uygun şekilde vida yerleşimi %80.7 vakada saptanırken %19.3 vakada hatalı yerleşim görüldü. Buna karşın bir vakamız hariç diğerleri klinik olarak asemptomattikti (Resim 3, 4).



Resim 1: Postop. 6. ayda omuz abduksiyonu



Resim 2: Postop. 6. ayda dış rotasyon



Resim 3: Aksiller grafide vida pozisyonu



Resim 4: Skapula yan grafide vida pozisyonu

Tartışma

Eksik tedavi edilen primer omuz çıkıklarının önemli bir komplikasyonu olan rekürrent çıkıklar özellikle genç erişkinlerde sık olarak görülmektedir (1, 7, 9). Patolojinin tedavisi ile ilgili olarak tanımlanan tekniklerden birini oluşturan Bristow operasyonu ilk olarak 1954' de Laterjet tarafından tanımlanmış, daha sonraları ise Helfet (1958), May (1970), Lombardo (1976), Torg (1987) tarafından modifiye edilmiştir (1, 4, 6, 7, 11).

Biz kendi vakalarımızda Lombardo ve arkadaşlarının modifikasyonunu uyguladık. Bu prosedürün 3 komponenti vardır:

1. Anterior glenoid dudakta kemikten destek sağlamak
2. Korakobrakialis ve bicepsin kısa başı ile kapsülü dinamik olarak güçlendirmek
3. Subskapularisi daha sıkı duruma getirmek

Bu prosedür çıkığa predispozan koşulları düzeltmekte omuzu stabilize etmekte ve çok iyi hareket yeteneği sağlamaktadır (6).

Literatürde sık olarak karşılaşılan diğer ameliyat teknikleri ise Bankart, Putti-Plate, Du Toit, Eden-Hybinette ve Magnuson-Stack yöntemleridir (9).

Seçilen cerrahi tekniğin değerlendirilmesinde kullanılan temel özellik ise subluksasyon ve diskolasyon görülme oranıdır.

May hiçbir olguda redislokasyon ve subluksasyona rastlanmazken, Torg %3.8 redislokasyon %4.7 subluksasyon saptanmış, Hovelius ise %2' lik dislokasyon belirtmiştir (4, 7, 11). Kullanılan diğer ameliyat yöntemleri incelendiğinde ise Morrey ve Jones Putti-Platt operasyonu sonrası %13.6 nüks belirtirken, Bankart operasyonu yapılanlarda hiç redislokas-

yon tanımlanmamıştır (9). Magnuson Stack ameliyatının incelendiği genel seride ise nüks oranı %2.9 dur (2). Biz kendi olgularımızda redislokasyon hiç görünmezken, subluksasyona bir olguda (%3.1) rastladık.

Bizim sonuçlarımız göz önüne alındığında redislokasyon ve subluksasyon oranının düşük olduğu gözlenmektedir. Bu sonuç hastalarımızın daha sedanter kişiler olmasına ve sportif faaliyetlerinin bulunmamasına bağlanabilir. Günlük aktiviteye dönüş ve operasyondan memnuniyet gibi konular incelendiğinde ise almış olduğumuz sonuçlar diğer ilgili yazarların sonuçları ile uyum göstermekte, Hovelius kriterleri ile bağdaşmaktadır.

Sonuç olarak bu operasyonun rekürrent anterior omuz çıkıklarının tedavisinde etkin bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Operasyon sonrası hareket kısıtlılığının olmaması, ameliyat süresinin kısalığı operasyon için özel aletler gerekmemesi bizim bu operasyonu seçmemizde etken olmuştur.

Kaynaklar

1. Freeman, B.L.III: Recurrent Dislocations, in Campbell' s Operative Orthopaedics, Edited by A.H. Crenshaw. Ed. 7 Vol: 3 pp. 2187-2205, St. Louis, C. V. Mosby, 1987.
2. Gültekin, N.: Modifiye Magnuson-Stack Ameliyatı. XI. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı, Ankara, 1990.
3. Hovelius, L., Eriksson, K., Fredin, H., Hagberg, G.: Recurrence after initial dislocation of the shoulder. J. Bone and Joint Surg. 65A pp. 343-349, 1983.
4. Hovelius, L.: The coracoid transfer for recurrent dislocation of the shoulder. J. Bone and Joint Surg. 65A No.7 pp. 926-934, 1983.
5. Karadimas, J., Renti, G., Varouchos, G.: Repair of recurrent anterior dislocation of Shoulder using transfer of subscapularis tendon. J. Bone and Joint Surg. 62A pp. 1147-9, 1980.
6. Lombardo, S.J.: Modified Bristow procedure of recurrent dislocation of the shoulder. J. Bone and Joint Surg. 58A pp. 256-261, 1976.
7. May, V.R.: Modified Bristow operation for anterior recurrent dislocation of the shoulder. J. Bone and Joint Surg. 52A pp. 1010-16, 1970.
8. Meyer, S.J.F., Dalinka, K.M.: Magnetic Resonance Imaging of the Shoulder. The Orthopedic Clinics of North Am. Vol 21 No. 3 pp 497-513, 1990.
9. Müftüoğlu, A.F.: Rekürrent anterior omuz çıkıklarında modifiye Bristow Ameliyatı. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1987.
10. Neer, S.C. II.: Shoulder Reconstruction pp 298-309, W.B.: Saunders Company, Philadelphia, 1990.
11. Torg, J.S.: Modified Bristow-Helfet-May procedure for recurrent dislocation and subluxation of the shoulder. J. Bone and Joint Surg. 69A pp. 904-913, 1987.

Yazışma Adresi

Op. Dr. Cüneyt Mirzanlı

SSK İstanbul Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Kocamustafapaşa, İstanbul, Türkiye