

Sternoclavicular eklemin hastalıklarında ayırıcı tanı ve tedavi yöntemlerimiz

Mustafa Yücel⁽¹⁾

Sternoclavicular eklem lezyonlarının başında ventral sublüksasyon gelir. Ender olarak da görülse tüberküloz, Friedrich sendromu, Tietze sendromu da ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır. Bu çalışmalarda yukarıda sayılan lezyonların klinik görünümü dile getirilmiş, literatür sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada 1.04.1987 ve 30.06.1993 tarihleri arasında tedavi ettiğimiz 21 sternoclavikular eklem sublüksasyon ve Tietze sendromu bildirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tietze sendromu, Friedrich sendromu, sternoclavicular tüberküloz

Differential diagnosis and our treatment modalities in the sternoclavicular joint diseases

The out standing lesion of the sternoclavicular joint is ventral subluxation. It has to be thought the Friedrich syndrome, tuberculosis, Tietze syndrome in the differential diagnosis, even if they are seen rarely. We mentioned the clinical aspects of the above lesions and compared the literature results. In this study, it is presented 21 sternoclavicular joint subluxations and Tietze syndrome that we treated between the years 1.4.1987 and 30.6.1993

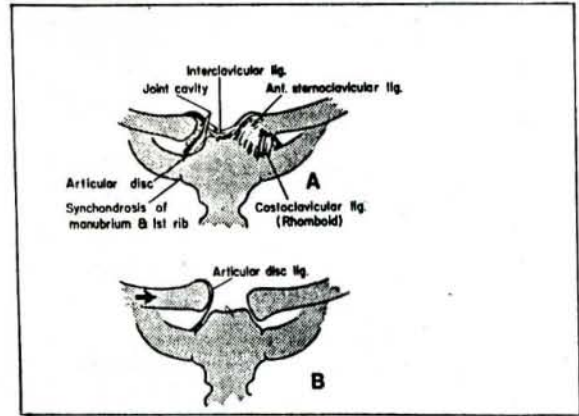
Key words: Tietze syndrome, Friedrich syndrome, sternoclavicular tuberculosis

Sternoclavicular eklemdede ağrı ve şişlik nedeniyle müracaat eden hastalar incelendiğinde çoğunlukla Sternoclavicular eklemde ventrale sublüksasyon gözlenir. Hastayı doktora getiren iki neden vardır. Birincisi çoğunlukla ağrı ile birlikte ortaya çıkan "şişliğin" verdiği şişlik huzursuzluktur. İkinci olarak yalnız ağrının müracaat nedeni olduğunu görürüz.

Bu çalışmada Sternoclavicular eklemde ve çevresinde ortaya çıkan diğer enfeksiyonların klinik, radyolojik incelemesini, ayırıcı tanıyı ve özellikle bizim sternoclavicular eklem Sublüksasyonu olgularımızın sonuçlarını bildireceğiz.

Klinik Bulgular

Sternoclavicular eklemdede şişlik ve ağrı ile müracaat eden hastanın anamnezinde direkt travma olabileceği gibi indirekt travma veya spontan luksasyona da rastlanabilir (9, 11). Sternoclavicular eklemdede klavikulanın öne doğru çıkık durduğu, basıya ağırlı olduğu ve çevresinin önemli olduğu gözlenir. Klavikulanın medial ucu bastırıldığında veya hasta kolunu yukarı kaldırdığında repozisyon olabilir. Çoğunlukla basıya duyarlı olduklarında repozisyon mümkün olmaz. Kısa bir süre için rezoze olan klavikulanın yine lükse olduğu gözlenir (Şekil 1 a, b). Hastaların çoğunluğu ağrıdan çok ortaya çıkan şişliğin verdiği telaş ve endişe içindedirler. Söylememekle birlikte bir tümörden şüphelenmektedirler. Hastanın önce tümör korkusunu yenmesine yardımcı olmak gerekir. İşte tam bu dönemde diğer hastalıkların da olabileceği ortaya çıkar. Burada Sternoclavicular eklemde sublüksasyonu ile karşılabilecek hastalık tablolarına birkaç örnek vermek isteriz.



Şekil 1: a. Sternoclavicular eklemde anatomik yapı
b. Intraartikular disk aslında klavikulanın mediale luksasyonunu önleyen göreve sahiptir (Rockwood ve Odor 1989)

a) Tietze Sendromu:

Alexander Tietze'nin 1921 yılında Breslauda ilk defa tanımladığı sendrom, 1. kaburganın sternal ucundaki nekroz veya osteocondroza bağlı olan ağrı, şişlik, kıkırdak kalsifikasyonundan ibarettir (15).

Chantraine (1952) bazı olgularında yalnız 1. costa değil diğer Costosternal eklemlerin hatta karşı tarafında da tutulduğunu bildiriyor (2).

Etyolojik olarak bedenden çalışan ve omuz çevresini çok zorlayan hastalarda Tietze sendromunun gö-

(1) Priv. Doz. Mustafa Yücel, Böntal Str. 32 D-37603 Holzminden, Almanya

rülmesini hemen bütün otoriteler kabul ediyor (Chant-raine 1952, Rapse 1964), (2, 8).

Klinik olarak şişlik kızarıklık görülmesine rağmen sedimentasyon ve diğer laboratuvar bulgular normaldir. Proses daha çok kıkırdak dokusunda ortaya çıktığı için röntgen filimlerinde yeterli bulgu yoktur. İlerlemiş olgularda kıkırdak dokusunda kalsifikasyon ortaya çıkar. Bazı olgularda Sternal tarafta destrüktif değişiklikler görülebilir (Kupsche 1965) (4).

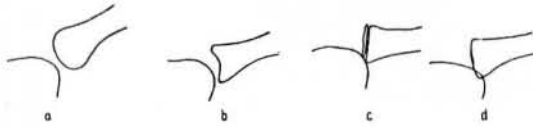
Tedaviye ve hemen her türlü ilâca direnen bir hastalık olduğu için bazen röntgen ışını ile tedavi denebilir. Antaljik ve antiflojistik tedavi, hastaların kabulüne göre sıcak veya buz tedavisi lokal olarak denebilir.

b) Friedrich Sendromu:

İlk defa 1924 yılında Friedrich Klavikulanın Sternal ucunda ortaya çıkan nekrozu tarif etmiştir (3). Önceleri çocuklarda görüldüğü hastalığı daha sonra yetişkinlerde de görüncü hastalığın Perthes ile ilişkisi olmadığını kabul etmiştir.

Hastalar Sternoclavicular eklemde şişlik ve ağrı şikayetleri ile müracaat edenler, çoğunlukla ağır işlerde çalışan veya ağır tempoda spor yapanlarda görülür. Laboratuvar bulguları normaldir.

Radyolojik incelemede hastanın yaşına göre değişik klavikula yapısı görülür (Şekil 2).



Şekil 2: Clavikulanın sternal ucunun kemikleşmesi

- Mantarsı şekli ilk 10 yaşında görülür
- Kadeh şekli 20 yaşa kadar
- Medial epifizin kemikleşmesi 20 ile 30'uncu yaşın ortalarına kadar
- Tam gelişme 30'uncu yaşın ortası (Köhler-Zimmer 1956)

Klavikulanın alt ucunda görülen küçük defekt aslında lig. Costoclavicularenin yapışma yeridir. Nekrotik değişikliğe uğrayan Clavícula medial ucunun yanısıra, ona eşlik eden bir yan bulgudur (Pendergras ve Hodes, 1937) (6). Asıl klavikulanın medial ucunda küçük defektler görülür. Bu değişiklikler Friedrich Sendromu için karakteristiktir.

Tedavisi uzun süreli ve zordur. Ameliyat ve rezeksiyon dorsale luksasyon tehlikesini de beraberinde getirdiği için tavsiye edilmez. Konservatif tedavide, yüklenmeyi azaltmak ve semptomatik ilaçlar vermek yeterlidir.

c) Sternoclavicular eklem tuberkülozu

Hematojen yollu metastatik olarak ortaya çıkar. Tüberkülozun nadir lokalizasyonlarından biridir. Hastanın tüberküloz geçirdiğinin bilinmesi tanıyı kolaylaştırır.

Gizli seyreden ve henüz tanısı konmamış akciğer tüberkülozu olgularında tanı zorlaşabilir. Schinz (12) (1952) 11 Sternum tüberkülozunun iki tanesinin Sternoclavicular tüberküloz olarak seyrettiğini biliyoruz.

Klinik bulgu, lokal şişlik, basıya duyarlılık, ilerlemiş dönemlerde vertrale subluksasyon olarak ortaya çıkar.

Laboratuvar bulgularında tüberküloz için karakteristik değişikliklerin bulunması tanıyı kolaylaştırır. Başlangıçta röntgen bulgusu zayıf olacağı için, Tomogram CT veya MR'e başvurulabilir.

İlaç tedavisi Standardize olmuştur fakat cerrahi tedavi konusunda henüz birlik yoktur.

d) Clavicanın retrosternal dislokasyonu

Yukarıdaki hastalık tablosu ile karışmamakla beraber Sternoclavicular afeksiyonlara girdiği için buraya almakta yarar gördük.

Oldukça ender görümler ve tanı güçtür. Hastanın anemnezinde omuz üzerine düşme veya klavikulaya direkt travma vardır. Göğüs ağrısı, yutkunma zorluğu, kol hareketlerinin sınırlanması gibi şikayetler diffuz karakterleridir. Normal röntgen grafleri de sonuç veremeyebilir. Tanı daha çok tomogram veya CT ile konulabilir (Seleshick ve ark. 1984) (13).

Tanının kolay olduğu olgularda anestezi altında açık pozisyon hemen yapılırsa fiksasyon gerekmeden primer iyileşebilir. Fakat tanının geciktiği ve retrosternal bağların ve kapsülün gevşediği olgularda repozisyon sonra sternoclavicular eklem ventralden düğme deliğinden geçebilecek suturlerle fiksasyonu gerekir (Post 1978) (7).

Kirschner teli veya Steinman çivisi ile yapılan osteosentezlerin başarılı olmadığı ve ölümlü sonuçlanan mediastinal komplikasyonlar yazılmıştır (Simurda, 1968) (14).

Sternoclavicular eklem biyomekaniği

Sternoclavicular eklem çok geniş hareket alanına sahiptir. İlk bakışta hareketleri sınırlı gibi görünen bu eklem küresel eklem hareketlerine benzer şekilde çalışır. Omuz eklemine normal hareketlerinde 30°-35° elevasyon, 35° ekstansiyon veya Fleksiyon olduğu görülür. En önemlisi klavikulanın kendi ekseninde yaptığı 45°-50°'lik rotasyon hareketidir. Daha evvel yaptığımız bir çalışmada bu hareketlerin acromionda neden olduğu artrozu araştırmıştık (Yücel 1993) (16).

Hastalar ve yöntem

01.04.1987-30.06.1993 tarihleri arasında Ev. Krunkenhaus ortopedi bölümüne ve muayenehanemize müracaat eden hastaların içinde 21 Sternoclavicular Subluksasyon tanısına rastladık. Retrospektif olarak değerlendirdiğimiz bu hastaların 15 tanesini tekrar muayeneye çağırarak kontrol ettik.

11 erkek hasta 10 kadın hastada saptanan subluksasyon yalnız 3 olguda travmatik nedene dayanı-

yordu. 12 hasta primer olarak sternoclavicular subluksasyon nedeniyle muayeneye gelirken 9 hastada bu bulgu ikinci sıradaydı. Akut olgulardan yalnız üç tanesinde repozisyon geçici olarak mümkündür. Özellikle orta yaşın üzerindeki 7 olguda belirgin "Kaserofobi" saptandı. Bunu daha doğrusu "endişe" demek gerekir. Hastaların bu korkuları ilk muayeneden sonra geçer. Akut döneminde indometacin, sıcak kompres (veya buz) verildi. İki hanım hastamız mutfak dolap kapağı yapan bir fabrikada yürüyen bantta çalışıyordu. Her iki hastayı da daha hafif olan kontrol bölümüne aldık. Diğer bir hanım hasta ordu için lastik şişme bot imalinde çalışıyordu. Hastalardan iki tanesi marangozdu. Diğer olgularda predispozisyonu izah edecek mesleğe rastlamadık.

Ameliyat hiçbir olgumuzda gerekli olmadı. En uzun tedavi bir hastamızda 4,5 hafta sürdü. Diğer olgular bir daha kontrole gelmediler. Ortalama 17 ay sonra çağırıp muayene ettiğimiz 15 olgu hastalığın nedenini öğrendikten sonra üzerinde durmadıklarını ifade ettiler. 2 hasta bizden sonra başka hekime müraacaatla tanının doğru olup olmadığını irdelemiş.

Yukarıda saydığımız Sternoclavicular subluksasyon olgularının dışında 4 hastada Tietze sendromu tedavi ettiğimizi saptadık.

Tietze sendromunun ayırıcı tanısında ağrıların lokalizasyonunun değişikliği bize yardımcı oldu. Bir hanım hastamızda akut dönemin çok ağrılı olası nedeniyle hasta yatırılarak tedavi edildi. Buz tedavisi yanısıra Lokal Lidocain enjeksiyonları ve indometacin 50 mg günde üç defa verildi. Hastada devamlı göğüs ağrısının getirdiği anksiyete ve depresyon dolayısıyla günde 10 mg diazepam verildi.

Tietze sendromu, bütün sternum boyunca aşağıya kadar yayılan bir ağrı yaparken, Sternoclavicular subluksasyon yalnız o eklemden lokalize olan ağrı ve şişlik ile kolayca tanınır ve ayrılır.

Yukarıda yazdığımız Friedrich Sendromu, retrosternal Subluksasyon ve Sternoclavicular tüberkuloz olgularımız arasında görülmedi.

Sonuçlar

Sternoclavicular subluksasyon daha çok bedensel çalışan hastalarda herhangi bir travmaya gerek olmadan ortaya çıkmaktadır. Travma ikinci planda kalmaktadır. Ayrıca tanıda çok seyrek de olsa Tietze sendromunu düşünmek gerekir.

Laboratuvar bulgular bütün olgularda negatifti. Radyolojik incelemeleri biz hastaya karın üstü yatırarak Sternum oblik filmi çekerek yapıyoruz. Yukarıda incelediğimiz olgularda röntgen sonuçları tanıyı doğrulayıcı değil, daha çok ayırıcı tanıya yardımcı olacak nitelikteydi.

Rockwood'un (11) (1989), saptadığı bağ dokusu gevşekliğini biz de 12 olguda bulduk (% 57). 4 erkek hastamızda sternoclavicular subluksasyonun yanısıra ilerlemiş Akromioclavicular artroz bulduk. Sayının azlığı nedeniyle etyolojik bağlantı kurmak mümkündür.

Kontrole gelen 15 hastanın 11 tanesi sternoclavicular eklemden artık şikayetlerin olmadığını veya çok az arada sırada künt bir ağrı hissettiklerini söylerken, 4 hasta özellikle baş üzerinde iş yaparken veya daha sonra kollarını indirdikten sonra ağrılarının olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu olgularda tam luksasyon veya spontan repozisyon görülmemiştir.

Tartışma

Sternoclavicular subluksasyonun tedavisi konservatiftir. Hastanın endişesi yapılan klinik ve radyolojik muayenenin ve laboratuvar sonuçlarının alınması ile giderilir. Daha sonra yapılan semptomatik tedavi yeterli olmaktadır. Rockwood ve Odor (1989) (11), fascia lata, Subclavius tendonu, plantar tendon kullanarak fiksasyonu denemişlerdir. Yine aynı otörler vada ve plakla stabilizasyon yolunu denemişlerdir. Ameliyat sonucunda,

- Nedbe
- Ağrı
- Subluksasyon gelişmiştir.

Hatta hastaların preoperatif bulgularının daha iyi olduğu iddia edilebilir.

Ömer 1967'de Sternoclavicular rekonstruksiyon ve clavicular osteotomi yöntemlerini denemiştir. 23 olguluk serisinin sonucunu "bu ender cerrahi girişimin başarısından çok komplikasyonlar vardır. "sözleriyle özetlemiştir (5).

Booth ve Roper (1979) Sternocleidomastoid kasının sternal başını eklemi rekonstruktö etmek kullanmışlardır. Ameliyat ettikleri 4 olgunun üçünde aşırı nedbe (keloid) pnömotoraks ve yarada dehissenz ortaya çıkmıştır (1). Yukarıda sayılan komplikasyonlar ve yeterli olmayan sonuçlar nedeni ile gerek luksasyon gerekse subluksasyon olgularında cerrahi tedaviyi reddediyoruz. Başarısız cerrahi tedavi yalnız kötü nedbe bırakmakla kalmıyor ayrıca ağrılar da artmakta hatta ağrılara daha önce olmayan krepitasyonlar da katılmaktadır.

Ayrıca tanıda Tietze sendromu üzerinde durmak gereklidir. Özellikle kaudale yayılan diffuz ağrılarda bu hastalık düşünülmelidir. Retrosternal klavikula luksasyonu tam bulunması güç olmakla beraber cerrahi tedaviye iyi sonuç verdiği literatürde belirtilmiştir (Rockwood 1982, Post 1978) (7, 10).

Sonuç

Sternoclavicular subluksasyon nadir görülen ve konservatif tedaviye iyi cevap veren bir hastalıktır. Estetik olarak clavicuların yapmış olduğu çıkıntı kabul edilmeli ve cerrahi girişimin daha geniş nedbe bıraktığı ve bazı olgularda ağrıyı arttırdığı kabul edilmelidir. Ayrıca tanıda Tietze sendromunu da düşünmek gerekir.

Kaynaklar:

1. Booth, C.M., B. A. Roper.: Chronic Dislocation of the sternoclavicular joint. An operative Repair. Clin. Orthop. 140,17, 1979
2. Chantraine, H : Das Tietze- Syndrom. Dtsch. med. Wschr. 77,401, 1952
3. Friedrich, H : Über ein noch nicht beschriebenes der Perthes'schen Erkrankung analoges Krankheitsbild des sternalen Claviculaendes Dtsch. Z. Chir. 187,385,1924
4. Kupsch, D. : Die Tietzesche Erkrankung in der Sicht des Röntgenologen Dtsch. Gesundh.-Wes. 20,390,1965
5. Omer, G.E. sr. : Osteotomy of the Clavicle in Surgical Reduction of Anterior Sternoclavicular Dislocation J. Trauma 7,584,1967
6. Pendergrass, E.P. , P.J. Hodes :Friedrich-Syndorm Amer. J. Roentgenol. 38,152,1937
7. Post, M. : The Shoulder: Surgical and nonsurgical Management. Philadelphia, Lea and Tebiger 1978
8. Rappe, R. : Das Tietze-Syndorm. Z. arztl. Fortbild,11,924,1964
9. Rockwood, C.A., Jr., D.P.Green :Fractures vol 1 Philadelphia J.B. Lippincott 1975
10. Rockwood, C.A : Study Finds Posterior Sternoclavicular Injuries. Non Amenable to Radiography, Open Reduction Orthop. Today 2,15,1982
11. Rockwood, C.A., J.M. Odor : Spontaneous Atraumatic Subluxation of the Sternoclavicular Joint J. Bone Jt. Surg. 71-A,1280,1989
12. Schinz, H.R., W.E. Baensch, E. Friedl, E. Wehlinger : Lehrbuch der Röntgendiagnostik 5. Auflage Stuttgart, G. Thieme 1952
13. Selesnick, H., M. Jablon, C. Frank, M. Post: Retrosternal Dislocation of the Clavicle J. Bone J. Surg. 66-A,287,1984
14. Simurda, M.A. : Retrosternal Dislocation of the Clavicle A Report of Four Vases and a Method of Repair Canadian J. Surg. 11,487,1968
15. Tietze, A : Über eine eigenartige Haufung von Fallen mit Dystrophie der Rippenknorpel Berl. Klin. Wschr. 58,829,1921
16. Yücel, M. : Die morphologischen untersuchungen über das Acromioclaviculargelenk bei gesunden Erwachsenen Acta Orthop. et Traumat. Turcica 27,1993

Yazışma adresi:

Priv. Doz. Dr. Mustafa Yücel

Böntal str. 32

D- 37603 Holzminden, Almanya