



Os akromiale: Omuz sıkışma sendromunun nadir bir nedeni

Os acromiale: a rare cause of shoulder impingement syndrome

Muhittin ŞENER, Hafız AYDIN, Osman AYNACI

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Os akromiale, omuz sıkışma sendromunun nadir nedenlerinden biridir. Akromionun sekonder ossifikasyon merkezinin füzyonundaki yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Burada, semptomatik os akromiale nedeniyle, kanüllü vida ve gergi bandı ile greftleme yapılarak tedavi edilen 35 yaşında kadın hasta sunuldu. Hem klinik hem de radyolojik olarak çok iyi sonuç elde edildi. Omuz sıkışma sendromunun tanısında os akromialenin de düşünülmesi gerektiği ve kanüllü vida, gergi bandı ve greftlemenin, büyük fragmanların tedavisinde iyi bir seçenek olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar sözcükler: Akromion/anormallikler; omuz sıkışma sendromu.

Os acromiale is a rare cause of impingement syndrome. It is described as a failure of fusion of the secondary centers of ossification of the acromion. A thirty-five-year-old female patient with symptomatic os acromiale is presented. She was treated with a cannulated screw combined with tension band and bone grafting. Excellent results were obtained both clinically and radiologically. Os acromiale should be considered in the diagnosis of impingement syndrome and placement of a cannulated screw combined with tension band and bone grafting seems to yield better results in the treatment of larger fragments.

Key words: Acromion/abnormalities; shoulder impingement syndrome.

Os akromiale, akromionun sekonder ossifikasyon merkezinin füzyonundaki yetersizlik olarak tanımlanır. Bipartit akromion ve meta-akromion olarak da isimlendirilmiştir.^[1] Genellikle asemptomatik olup, tesadüfi olarak saptanmasına rağmen omuz sıkışma sendromu ve omuz döndürücü manşetinde yırtıklara neden olabilmektedir.^[1-4] Prevalansı %1-15 arasındadır; bilateral görülme sıklığı %62 olarak bildirilmiştir.^[2,5,6]

Bu çalışmada, omuz sıkışma sendromunda nadir bir neden olan os acromiale'li bir olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu

Onuz beş yaşında kadın hasta, iki yıldır sağ omuzunda ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ağrının boynun arkasına doğru yayılım gösterdiği ifade ediliyordu. Öyküsünde çeşitli kliniklerde uzun süreli

konservatif tedavi programları uygulandığı öğrenildi. Travma hikayesi yoktu. Fizik incelemesinde akromion ön kenarında hassasiyet gözlemlendi. Omuz hareket sınırları serbest; ancak öne elevasyon ağırlı idi. Impingement belirtisi ve testi pozitif idi. İnstabilite bulgusu yoktu. Aksiller grafide os akromiale (mezo-akromion) saptandı (Şekil 1). Manyetik rezonans incelemesinde os akromiale gözlenirken, omuz döndürücü manşette yırtık görülmedi (Şekil 2). Diğer omuzun aksiller grafisinde de os akromiale saptandı; ancak asemptomatik olması nedeniyle herhangi bir tedavi düşünülmedi.

Genel anestezi ile, korakoid çıkıntının 1 cm lateralinden başlayan ve akromionun posterior kenarına kadar uzanan, merkezi akromionun üzerinde olacak şekilde insizyon yapıldı. Cilt altı diseksiyonunu takiben tüm akromion ve deltoid origosu ortaya kondu.

Koter yardımıyla akromion üzerindeki periost os akromiale'ye dik olacak şekilde açıldı. Os akromiale'nin lokalize edilmesinden sonra periost, medialde akromioklavikular ekleme, lateralde akromionun lateral kenarına kadar diseke edilerek subakromial mesafeye doğru yer değiştirmiş olan instabil segment ortaya kondu. Akromionun anterolateralinde, periosteal insizyon deltoid liflerine paralel olacak şekilde genişletildi. Döndürücü manşette patoloji görülmedi. Os akromiale bölgesindeki fibröz ve kıkırdak dokular küretle temizlendi. Akromionun üst kısmı ronguer ve burr ile dekortike edildi. Birbirine paralel şekilde iki adet 3 mm'lik kanüllü vida yerleştirilerek instabil segment tespit edildi (Şekil 3). Vidalar içinden serk-laj teli geçirildi. Nonunion hattına dik ve her iki vida arasında olacak şekilde akromionun üst kısmında 1 cm uzunluğunda ve yaklaşık 3-4 mm eninde bir yuva oluşturuldu. Hazırlanan bu yuvaya kemik bankamızdan temin edilen aynı ölçülerdeki allogreft yerleştirildi. Daha önce vidalar içinden geçirmiş olduğumuz serk-laj telleri, yerleştirilen grefti tespit edecek biçimde, 8 şeklinde bağlandı. Akromionun daha önce dekortike edilen üst yüzeyine öğütülmüş kansellöz greftler yerleştirildi. Periost ve deltoid kas tamir edilerek insizyon kapatıldı.

Ameliyat sonrası, omuz abduksiyonda olacak şekilde koltuk altı desteklenerek kol gövdeye tespit edildi. Üçüncü gün kol omuz tespit splentine yerleştirildi. Birinci hafta sonunda kontrollü pasif hareketlere başlandı. Altıncı haftadan sonra aktif egzersizlere geçildi. Hasta, kontrollerinde klinik olarak ağrı, omuz hareket sınırları ve radyolojik olarak kaynama açısından değerlendirildi.

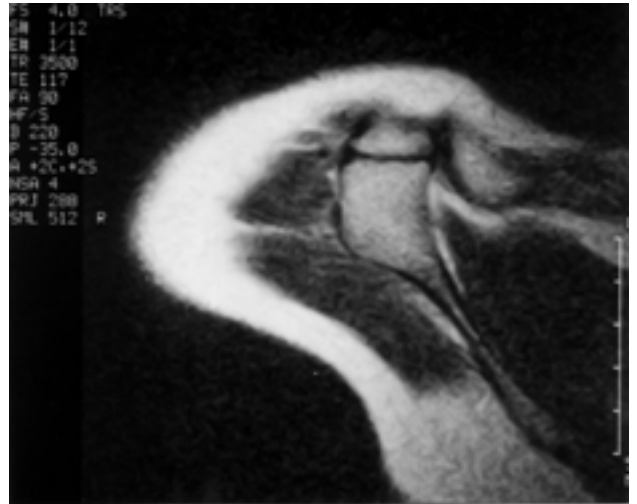
Ameliyat sonrası herhangi bir yara enfeksiyonu gelişmedi. Radyolojik olarak 10. haftada osseöz kaynama sağlandı (Şekil 4); 12. haftada tam hareket sınırları elde edildi.

Tartışma

Os akromiale, omzun sıkışma sendromunun ve döndürücü manşetinde yırtıklar gelişmesinin nadir bir nedenidir. Genellikle tesadüfi olarak saptanan ve hastanın şikayetleri ile çoğu kez korelasyon göstermeyen bir durumdur. Burkhart ve Liberson tarafından os akromiale'li olgularda normal omuz fonksiyonları olduğu bildirilmiştir.^[5,7] Biz de kliniğimizde son bir yıl içinde herhangi bir nedenle çekilen aksiller grafilerde tesadüfen üç olguda os akromiale saptadık. Bu olgularda, çalışmada belirtilen olgu hariç,



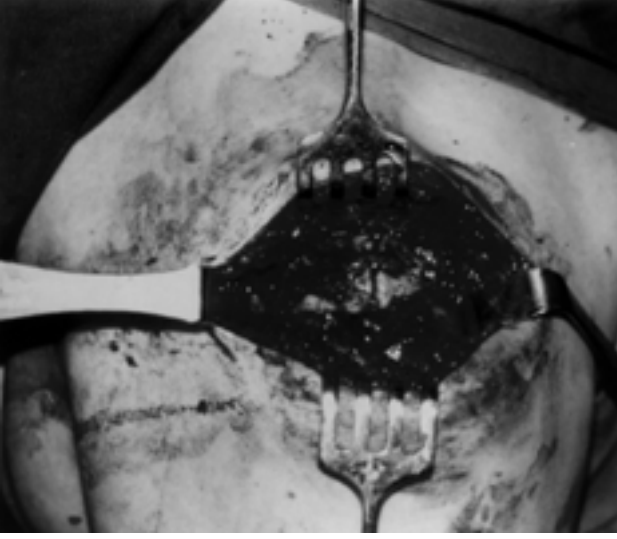
Şekil 1. Aksiller grafide os akromiale (mezo-akromion).



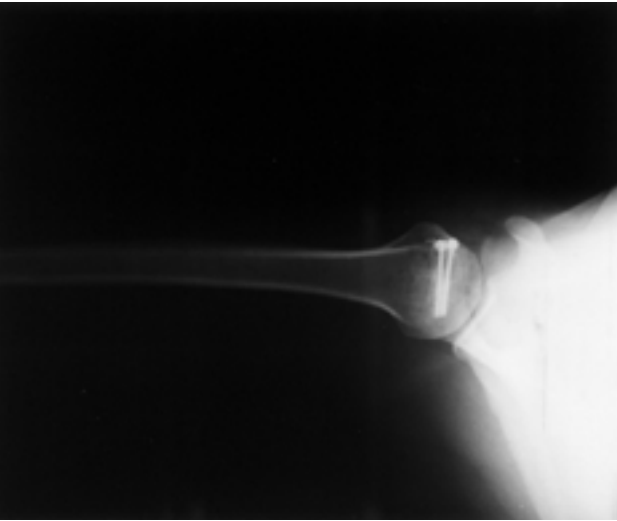
Şekil 2. Mezo-akromionun MRI görünümü.

semptomların os akromiale ile ilişkili olmadığını düşündük. Olgu sayısı az olmasına rağmen, os akromiale'nin çok nadir olmadığını ve çoğu zaman asemptomatik olduğunu düşünüyoruz.

Os akromiale insidansı ile ilgili en geniş çalışma Liberson^[5] tarafından yapılmıştır. Liberson randomize olarak incelediği 1800 omuz radyografisinde os akromiale insidansını %1.4 olarak bildirmiş ve os akromiale'yi pre, mezo, meta ve bazı akromion olarak dört farklı tipe sınıflandırmıştır. Edelson ve ark.^[2] 270 kadavra skapulada os akromiale insidansını %8.2 (22 olgu) olarak bildirmişler ve bunların 12'sinde nonunion bölgesinde dejeneratif değişiklikler bulmuşlardır. Aynı çalışmada bilateral görülme oranı %45.4'dür.



Şekil 3. Kanüllü vidalarla tespit edilen instabil segment.



Şekil 4. Onuncu haftada aksiller grafide kaynama görülüyor.

Semptomatik os akromiale'nin gerçek insidansı ile ilgili literatürde veri yoktur. Bildirilen serilerdeki insidanslar asemptomatik-septomatik ayırımını bildirmemekte, genel insidansı yansıtmaktadır.

Os akromiale ile gerçek aksiller grafi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans incelemelerinde tesadüfi olarak karşılaşırlar. En sık yerleşim yeri mezo-meta akromion arasındır.^[8,9] Akpınar ve ark.^[10] os akromiale'nin deneyimli kişiler tarafından bile kolaylıkla atlanabileceğini bildirmişlerdir. Önemi, sinostoz veya sinkondrozdaki anormal harekete bağlı subak-

romial mesafe kapasitesinin azalması ve alttaki dönürücü manşeti sıkıştırmasıdır.^[4]

Os akromialenin tedavisi üzerine literatürde tam bir fikir birliği yoktur.^[1,3,7,11,12] Konservatif tedavi, eksizyon veya internal fiksasyon ve greftleme gibi tedavi seçenekleri bildirilmiştir. Literatürde, konservatif ve cerrahi tedavi yöntemlerinin karşılaştırmalı sonuçları ile ilgili geniş seriler bulunmamaktadır. Swain ve ark.^[9] başlangıç tedavisinin konservatif olması gerektiğini; cerrahi tedavinin, konservatif tedavinin başarısız olduğu olgularda düşünülmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Genel olarak, preakromion tipinde fragmanın eksizyonu önerilirken, daha büyük fragmanların tespiti önerilmektedir.^[1,10,13]

Remiger ve ark.,^[14] Warner ve ark.^[15] ve Akpınar ve ark.^[16] semptomatik os akromiale tedavisinde farklı internal fiksasyon yöntemleri uygulamışlar ve füzyon elde edilmesinde kanüllü vida ve tension-band ile tespitini diğer yöntemlerden daha başarılı olduğunu bildirmişlerdir. Bigliani ve ark.^[17] ve Neer^[18] instabil akromial fragmanın cerrahi tedavi ile füzyonunun bazen güç olduğunu bildirmişlerdir. Warner ve ark.,^[15] kirschner çivisi ile tension band uygulanan beş hastanın dördünde fiksasyon bozulmasına bağlı nonunion geliştiğini bildirmişlerdir. Açık redüksiyon ve internal fiksasyonun başarısız olduğu iki mezo-akromion olgusunda, eksizyon uygulamasına rağmen hastalarda ağrı ve güçsüzlük devam etmiştir.^[15]

Hutchinson ve Veenstra^[11] ise artroskopik subakromial dekompresyon uygulanan üç hastada şikayetlerinin devam ettiğini ve os akromiale'ye bağlı sıkışma sendromunun tedavisinde artroskopik dekompresyonun çözüm olmadığını belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, kronik omuz ağrısı ve omuz sıkışma sendromu etyolojisinde os akromiale'nin de akla getirilmesi gerektiğini ve semptomatik olguların tedavisinde kanüllü vida ve tension band+greftleme ile başarılı sonuçlar elde edilebileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Mudge MK, Wood VE, Frykman GK. Rotator cuff tears associated with os acromiale. J Bone Joint Surg [Am] 1984; 66:427-9.
2. Edelson JG, Zuckerman J, Hershkovitz I. Os acromiale: anatomy and surgical implications. J Bone Joint Surg [Br] 1993; 75:551-5.
3. Norris TR, Fischer J, Bigliani LU, Neer CS II. The unfused acromial epiphysis and its relationship to impingement syndrome. Orthop Trans 1983;7:505-6.

4. Sher JS. Anatomy, biomechanics and pathophysiology of rotator cuff disease. In: Iannotti JP, Williams GR, editors. Disorders of the shoulder: diagnosis and management. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 1999. p. 3-29.
5. Liberson F. Os acromiale- a contested anomaly. J Bone Joint Surg 1937;19:683-9.
6. Nicholson GP, Goodman DA, Flatow EL, Bigliani LU. The acromion: morphologic condition and age-related changes. A study of 420 scapulas. J Shoulder Elbow Surg 1996;5:1-11.
7. Burkhart SS. Os acromiale in a professional tennis player. Am J Sports Med 1992;20:483-4.
8. Jobe MC. Gross anatomy of the shoulder. In: Rockwood CA, Matsen FA, editors. The shoulder. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Comp.; 1998. p. 34-97.
9. Swain RA, Wilson FD, Harsha DM. The os acromiale: another cause of impingement. Med Sci Sports Exerc 1996; 28:1459-62.
10. Akpınar S, Demirhan M, Akman Ş, Atalar AC. Os acromiale: Anatomi ve cerrahi indikasyonlar (olgu sunumu ve derleme). Acta Orthop Traumatol Turc 1998;32:69-72.
11. Hutchinson MR, Veenstra MA. Arthroscopic decompression of shoulder impingement secondary to Os acromiale. Arthroscopy 1993;9:28-32.
12. Sterling JC, Meyers MC, Chesshir W, Calvo RD. Os acromiale in a baseball catcher. Med Sci Sports Exerc 1995; 27:795-9.
13. Post M. The shoulder: surgical and nonsurgical management. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1988. p. 373-4.
14. Remiger AR, Forster T, Buschor F, Blatter G, Gachter A. How to fuse an unstable os acromiale. 13th Congress of ESSSE; 1999 Sep 8-11; The Hague-Netherlands. Abstract Book. 1999. p. 262.
15. Warner JJ, Beim GM, Higgins L. The treatment of symptomatic os acromiale. J Bone Joint Surg [Am] 1998;80:1320-6.
16. Akpınar S, Güven O, Demirhan M, Atalar AC, Karahan M. Os acromiale (a rare cause of impingement syndrome). 13th Congress of ESSSE; 1999 Sep 8-11; The Hague-Netherlands. Abstract Book. 1999. p. 261.
17. Bigliani LU, Barrallet JA, Brittitis D, Self EB, Flatow EL. The surgical treatment of an unfused acromial epiphysis in association with a tear of the rotator cuff: a review of 41 cases. J Shoulder Elbow Surg 1993;2:24.
18. Neer CS II. Shoulder reconstruction. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders Comp.; 1990.