



Akut anterior omuz çıkığının değerlendirme ve tedavisi

The evaluation and treatment of acute anterior shoulder dislocation

Hayrettin KESMEZACAR

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Anterior omuz çıkığı en sık görülen ve tekrarlama olasılığı yüksek olan bir çıkık olduğundan, her zaman ortopedi ve travmatolojinin ilgi çekici konularından biri olmuştur. Günümüzde de bu patolojiye yaklaşım ve tedavi konusunda görüş birliği yoktur. Özellikle çıkığın yerine konmasından sonra tespit yöntemleri ve süreleri bir merkezden diğerine değişmektedir. Tartışılan başka bir konuya ise, tekrarlayıcı instabiliteyi önlemek amacıyla öne sürülen erken cerrahi endikasyondur. Bu yazıda, anterior omuz çıkığına yaklaşım anlatıldı ve tedavi seçenekleri tartışıldı.

Anterior shoulder dislocation is the most common dislocation in the human body with a high recurrence rate and thus, has been one of the interesting subjects in orthopaedics and traumatology. There is still controversy about its evaluation and treatment. In particular, the type and duration of immobilization after reduction of the shoulder vary among centers. Another matter of debate is the indication of acute repair of the capsulolabral structures to prevent late instability. This review aims to provide an outline of current knowledge about the management and treatment alternatives of anterior shoulder dislocation.

Akut anterior omuz çıkığı, tarihin çok eski dönemlerinden beri bilinen bir sorundur. Gerek Eski Mısır'da, gerekse Hipokrat zamanında bu patoloji tanımlanmış ve çeşitli redüksiyon manevraları uygulanmıştır. On dokuzuncu yüzyılın sonlarına doğru dikkatler tekrar bu konunun üzerine çevrilmiş ve kadavra çalışmalarıyla patoloji aydınlatılmaya çalışılmıştır. Travmatik anterior omuz çıkığına eğilim yaratan faktörler, çıkığın mekanizması, çıkık sırasında oluşan patolojiler ve çıkığın tekrarlama olasılığı çok iyi bilinse de, tedavi konusunda henüz kesin bir sonuca ulaşılammıştır. Günümüzde de, çıkığın redüksiyonundan sonra tedavinin konservatif mi, yoksa cerrahi mi olacağı tartışılmaktadır.^[1-3] Son yıllarda, konservatif tedavide bile, klasik yöntemlerin tam tersi uygulamalar öne sürülmüştür.^[4,5]

Bu karışıklık omuz eklemi yapısının karmaşık olmasından kaynaklanmaktadır. Eklem stabilitesinin kemik yapıların uygunluğundan çok, yumuşak do-

kulara bağlı olması ve eklem gevşekliği gibi kişiye bağlı faktörlerin bu stabilizeyi etkilemesi tedavi başarısında rol oynamaktadır. Bu yazıda, akut anterior omuz çıkığının etyopatogenezi, mekanizması, tanı ve ilk tedavisi gözden geçirildi; ilk tedaviden sonraki güncel yaklaşımlar değerlendirildi.

Sınıflama ve oluşum mekanizması

Travmatik anterior omuz çıkıklarının en sık görülen tipi subkorakoid çıkıktır. Klasik mekanizma, omzun abdüksiyon, ekstansiyon ve dış rotasyona zorlanmasıdır. Bu pozisyonda kuvvet, kapsülün ön bölümüne, ön glenohumeral bağlara, glenoid ön kenarına ve rotator manşete binmekte; humerus başı ise bu zorlanmayla glenoidin önüne ve korakoid çıkıntının altına geçmektedir. Subkorakoid çıkık tipi dışında, daha az da olsa subglenoid, subklaviküler ve int-ratorasik çıkıklar da görülebilmektedir. Ancak, bu çıkıklar genelde yüksek enerjili yaralanmalar sırasında meydana gelmektedir.

Tanı

Fizik muayene

Hasta, omuzda ağrıyla başvurur; kolunu diğer eliyle hafif abduksiyon ve dış rotasyonda tutar. Omuz hareketleri oldukça ağrılı ve kısıtlıdır. Muayenede omuz çevresi kaslarında spazm saptanır. Omuz ön kısmında humerus başı palpe edilebilir ve yandan bakıldığında akromiyon altında çukurluk gözlenir (apolet belirtisi). Anterior omuz çıkıklarında nörovasküler yaralanmalar sık gözleendiğinden, redüksiyondan önce üst ekstremitenin nörolojik muayenesi yapılmalıdır. Sinir komplikasyonları farklı oranlarda (en yüksek %30) bildirilmiştir.^[6-10] Aksiller sinir en sık etkilenendir. Sinir lezyonu sıklığı yaşla artmaktadır. Sinir lezyonlarının hemen hemen tümü traksiyon yaralanması şeklinde oluşmakta ve zamanla iyileşmektedir.^[7]

Radyolojik değerlendirme

Omuz çıkığı düşünülüğünde, mutlaka üç yönlü radyografi çekilmelidir: Gerçek omuz ön-arka (skapular plana göre), skapula Y radyografisi ve aksiller radyografi. Böylece, hem çıkığın yönü hem de eşlik eden kırıklar değerlendirilebilir (Şekil 1). Tanı ve kemik patolojileriyle ilgili şüpheler direkt radyografilerle giderilemezse, bilgisayarlı tomografi (BT) çok yararlı olacaktır. Özellikle glenoid ön-alt bölümündeki dudak kırıkları ve humerus başı arka-dış

bölümündeki Hill-Sachs lezyonu BT’de veya üç-boyutlu tomografide görülebilmektedir.

Diğer tanı yöntemleri

Muayenede vasküler bir yaralanmadan şüphelenilirse, yaralanma olup olmadığını değerlendirmek ve yerini saptamak için Doppler ve anjiyografiye başvurulmalıdır. Ayrıca, nörolojik muayenede motor veya his kusuru varsa redüksiyondan sonra elektromiyografi incelemesi yararlı olacaktır. Redüksiyondan sonra güç kaybı saptanırsa, sinir yaralanmasının ayırıcı tanısında, ileri yaştaki hastalarda omuz çıkığına eşlik edebilen rotator manşet yırtığı da göz önünde bulundurulmalı ve değerlendirme için manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenmelidir.

Tedavi

Redüksiyon

Akut travmatik anterior çıkıkta, tanı konup nörolojik değerlendirme yapıldıktan sonra ilk tedavi kapalı redüksiyondur. Omuz, bir an önce ve nazikçe redükte edilmelidir. Eğer tanı hastaneden uzak bir yerde, çıkık olur olmaz konmuşsa, redüksiyon, omuz çevresi kaslarında spazm oluşmadan traksiyonla nazik bir şekilde yapılmalıdır. Bu durumda da, redüksiyon öncesi ve sonrasında nörovasküler değerlendirme unutulmamalıdır.



Şekil 1. (a) On dokuz yaşındaki hastada travmatik anterior omuz çıkığı. Humerus başı posterolateral bölgede Hill-Sachs lezyonu görülmekte. (b) Redüksiyon sonrası ön-arka grafisi.

Nörovasküler yapıların bir an önce gergin pozisyonundan kurtarılması, redüksiyonu engelleyebilecek kas spazmının önlenmesi ve kilitlenmiş çıkıklarda, yani humerus arka-dış bölümünün ezilerek glenoid ön kenarına oturduğu durumlarda, humerus başındaki defektin büyümesinin önlenmesi bakımından çıkığın erken yerine konması önemlidir. Redüksiyonun kolay olup olmaması, çıkığın oluşumundan sonra geçen süreye, kaçınıcı çıkık olduğuna ve çıkık yaratan travmanın şiddetine göre değişir.

Akut dönemde çıkık redüksiyonu, birçok kez analjeziye gerek kalmadan sağlanabilmektedir. Ancak, kas spazmı gelişmiş, kilitlenmiş çıkık olmuştur, hastanın ağrısının giderilmesi ve kasların gevşetilmesi gerekir. Bu amaçla ya brakial pleksus bloğu gibi rejyonal anestezi ya da genel anestezi uygulanabilir. Özellikle genel anestezi uygulanan olgularda redüksiyondan sonra ağrı uyarının ortadan kalkmasına bağlı olarak solunum depresyonu geliştiğinden, genel anestezi yerine eklemiçi analjezi önerilmiştir.^[9]

Bu analjezi şeklinde omuz lateralinden spinal kanül ile eklem girilmekte, hemartroz boşaltıldıktan sonra, en fazla 20 ml %1'lik lidokain enjekte edilmektedir. Bu şekilde analjezi yapılan 40 omzun hepsinde redüksiyon sağlanmış ve komplikasyonla karşılaşmamıştır.^[9] Oldukça etkili olan eklemiçi analjezi hem maddi hem de zaman yönünden avantaj sağlamaktadır.^[11]

Çok eski tarihlerden bu yana redüksiyon için birçok manevra tarif edilmiştir:

Hipokrat tekniği: Hipokratın orijinal tekniği olan bu manevra halen geçerliliğini korumaktadır.^[9] Hekimin ayağı, aksiller kıvrımların medialine, göğüs duvarına doğru yerleştirilerek, karşı traksiyon için kullanılmaktadır. Nazikçe uygulanan traksiyon uygulanarak, iç ve dış rotasyon hareketleriyle humerus başının serbestleştirilmesi sağlanır.

Stimson tekniği: Bu yöntemde redüksiyonda yerçekimi etkisinden yararlanılır. Hasta muayene masasının kenarına yüzüstü yatırılır ve çıkık olan kol muayene masasından aşağı sarkıtılır. El bileğine 6-8 kg ağırlık asılarak kendiliğinden redüksiyon beklenir.^[9]

Kocher tekniği: Bir manivela tekniği olan bu yöntemin ilk aşamasında, kol abduksiyonda iken, dirsek 90° fleksiyona getirilerek traksiyon yapılır. Traksiyon devam ederken, omza yavaş yavaş dış ro-

tasyon yaptırılır. Bu şekilde redüksiyon sağlanamazsa, traksiyona devam edilirken, kola dış rotasyonda adduksiyon yaptırılır ve son aşamada da kol, el karşı omza gelecek şekilde iç rotasyona getirilir. Bu teknikte kapsül yırtılması, rotator manşet yırtığı ya da humerus başı kırığı oluşabileceği için dikkatli olunmalıdır.

Traksiyon-karşı traksiyon tekniği: Rockwood tarafından tarif edilen bu teknik, oldukça güvenli ve etkili bir yöntemdir. Bu teknikte, hekim kola traksiyon uygularken, bir yardımcı, koltuk altından geçen, göğüs ve skapulayı kavrayan bir kompres beziyle karşı traksiyon yapar.^[12]

Bunların dışında daha birçok redüksiyon yöntemi tarif edilmiştir. Genel anestezi altında yapılan redüksiyon, genelde basit bir traksiyonla sağlanmaktadır.

Redüksiyondan sonra nörovasküler muayene ve ön-arka ve yan (skapula Y radyografisi) radyografilerle redüksiyon kontrolü yapılmalıdır. Bu değerlendirme, ilk grafilerde atlanan ya da redüksiyon sırasında oluşan kırıkları belirlemek için önemlidir. Ayrıca, rotator manşetin bütünlüğü abduksiyon, iç ve dış rotasyon kuvvetlerine bakılarak araştırılmalıdır.

Tespit ve koruma

Akut anterior omuz çıkığının en sık görülen komplikasyonu tekrarlayan glenohumeral instabilite olduğundan, redüksiyondan sonra hem yaralanan yapıların iyileştirilmesi, hem de omzun stabil pozisyonda tutulması amaçlanır. Ağrı ve ödemin azaltılması için, omzun tespiti dışında, soğuk, sıcak, ultrason ve elektriksel uyarıcılar gibi fizik tedavi araçları da uygulanabilir. Ayrıca, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar ağrının hafifletilmesinde ve enflamasyonun geriletilmesinde etkilidir.

En çok tartışılan konulardan biri, redüksiyon sonrasında uygulanacak tespit şekli ve süresidir. Reeves,^[13] maymunlarda yaptığı çalışmada, subskapularis tendon ve kapsül tamirinden sonra kapsül kollajen yapısının normale dönmesinin üç ay sürdüğünü göstermiştir. Bu sürenin tendon için beş ay olduğunu; gerilme kuvvetinin ise dört-beş ay sonra kazanıldığını belirtmiştir. Tespit süresinin bu kadar uzun olamayacağı açıktır. Yakın zamana kadar ve hatta günümüzde de birçok merkezde standart uygulama, omzun askı ya da Velpeau bandajıyla iç rotasyonda tespitidir. Bunun amacı, omzun çıkma pozisyonuna, yani dış rotasyona gelmesini önleyerek çık-

ma sırasında yaralanan kapsül ön bölümünün yeterli bir şekilde iyileşmesini sağlamaktır.

Birçok çalışmada tespit tipi ve süresinin çıkığın tekrarlama olasılığını etkilemediği bildirilmiştir.^[9,14] Buna karşın, üç haftadan uzun süren tespitin çıkığın tekrar oluşumunu azalttığını savunanlar da vardır.^[9,15] Aronen ve Regan,^[16] üç haftalık askı tespitinden sonra üç ay yoğun bir rehabilitasyon uyguladıkları 20 genç hastanın üç yıllık izleminde, sadece iki hastada subluksasyon saptadıklarını, hiçbir hastada tam çıkık oluşmadığını bildirmişlerdir. Hovelius ve ark.nın^[14] 10 yıl takipli prospektif çalışmasında sabitleme süresinin çıkık tekrarını ya da omuz stabilitesini etkilemediği belirlenmiştir. Bu çalışmada ilk çıkıklı 247 hastanın yarısında çıkık 10 yıl içinde tekrarlamış; tekrarlayan çıkıkların yarısına cerrahi tedavi uygulanmıştır. Ayrıca, izlem sonunda tüm olguların %11'inde orta derecede dejenerasyon saptanmıştır.^[14] Üç haftalık tespit sırasında, omuz hareketlerini tümüyle kısıtlamayan yöntem uygulayanlar da vardır.^[9] Bu süre içinde 90° fleksiyon ve 0° dış rotasyona kadar hareketlere izin verilmekte ve günde birkaç kez tam ekstansiyon yaptırılarak omuz sertliği önlenmektedir. Tespit süresi ile tekrarlama oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın, en düşük tekrarlama oranının üç ile dört hafta tespit uygulanan hastalarda elde edildiği bildirilmiştir.^[9] Ayrıca, tekrarlayan çıkıkların %70.5'inin ilk iki yıl içinde, %18.7'sinin ise 2-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır. Çıkığın tekrarlama riskinin ilk iki yılda yüksek olduğu, daha sonraki yıllarda ise çok azaldığı belirtilmiştir.^[7,17]

Tespit süresinin belirlenmesinde hastanın yaşı da önemlidir. Omuz eklem sertliği otuz yaşından sonra arttığından, ilerleyen yaşla tespit süresi de kısaltılmalıdır.^[9] Ayrıca, 40 yaş üzeri hastalarda çıkık tekrarı daha az olmaktadır.^[6,9,14,18] Hovelius ve ark.nın^[14] ortalama 10 yıl takipli çalışmasında, 30 yaşından küçük hastalarda bu risk %30 civarında iken, 30-40 yaşları arasında %10'a düşmektedir. Bazı çalışmalarda çok yüksek çıkık tekrarlama oranı (%92) bildirilmiştir.^[19,20] Yaşın, çıkık tekrarına etkisi Te Slaa ve ark.nın^[21] çalışmasında da vurgulanmıştır. Beş yıl takipli prospektif çalışmalarında instabilitenin tekrarlama oranı %55 iken, 18 yaşından küçük olgularda %71'e çıkmaktadır. Başka bir çalışmada, 20 yaşından küçük hastalarda ilk çıkıklarda tekrarlama sıklığının %64 olduğu bildirilmiştir.^[6]

Son yıllarda, özellikle Itoi ve ark.nın^[4,5] çalışmalarından sonra, dış rotasyonda tespit yöntemi üzerinde tartışılmaya başlanmıştır. Yıllardır uygulanan klasik iç rotasyonda tespitin tam aksinin savunulması, omuz instabilitesiyle ilgili bilgilerimizin hangi aşamada olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Itoi ve ark.^[4] tarafından ilk olarak ve MRG ile, çıkık sırasında oluşan labrum ön bölümünün glenoidden ayrılan kısmının, dış rotasyonda iç rotasyon pozisyonuna göre eski yerine daha iyi adapte olduğu gösterilmiştir.

Anılan çalışmada, 15.5 aylık izlem sırasında klasik iç rotasyonda tespit edilen çıkıkların %30'u tekrarlamış, dış rotasyonda tespit edilen çıkıklarda tekrarlama görülmemiştir.^[5] Spora dönme oranları ise sırasıyla %58 ve %82 olmuştur. Bu sonuçları destekleyen başka bir çalışma da Hatrick ve ark.na^[22] aittir. Kadavra üzerinde biyomekanik incelemede 60° iç rotasyonda labrumla glenoid arasında temas kuvvetinin oluşmadığı gösterilmiş; bu temas kuvvetinin nötral rotasyondan dış rotasyona doğru giderek arttığı ve 45° dış rotasyonda en yüksek değere ulaştığı bildirilmiştir.

Kuvvetlendirme

Tespit sonlandırıldığında, hareket açıklığının sarıcağz egzersizleriyle hemen kazandırılması amaçlanmalıdır. Deneysel ve klinik çalışmalarda ilk çıkıktan sonra, omuzların büyük bir bölümünde Bankart lezyonu ve kapsül yaralanması olduğu gösterildiğinden,^[21,23,24] omuz stabilitesini artıran faktörlerin kuvvetlendirilmesi gerekmektedir (Şekil 2, 3). Bu nedenle, iç rotator ve addüktör kas gruplarının güçlendirilmesi için izometrik egzersizlere başlanmalı ve hastadan abdüksiyon-dış rotasyon pozisyonundan kaçınması istenmelidir. İzometrik hareketler ağrısız olarak yapılabildiği zaman izotonik egzersizlere geçilebilir. Ayrıca, glenohumeral stabilitenin sağlanmasında rotator manşet kaslarının kuvvetlendirilmesi çok önemlidir.^[9] Birçok yazar tarafından skapula stabilizasyonunu sağlayan kasların kuvvetlendirilmesi ve dengelenmesinin önemi üzerinde durulmuş; bu kas gruplarının kuvvetlendirilmesinin humerus başının glenoid karşısında normal rotasyonda durmasını sağladığı ve rotator manşete aşırı yük binmesini önlediği belirtilmiştir.^[25,26]

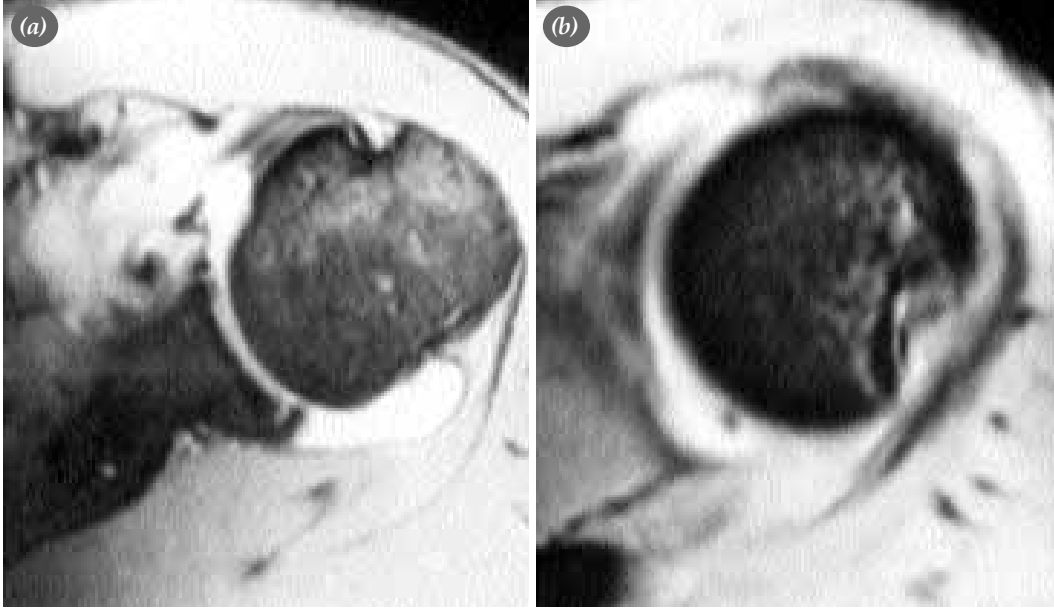
Kuvvetlendirmeden sonra, dayanıklılık ve koordinasyonu sağlamak amacıyla altıncı haftada yüzme egzersizleri yararlıdır. Spora dönüş için, normal ro-

tator manşet kuvvetinin kazanılması, öne fleksiyonun rahat ve tam olması ve omuz hareketlerinden güvensizlik hissi duyulmaması gerekir.

Erken cerrahi endikasyonları

Tartışılan bir başka konu da, ilk omuz çıkığıında erken cerrahi uygulanıp uygulanmayacağıdır. Kapsül redüksiyonunun yumuşak doku interpozisyonu nede-

niyle gerçekleştirilememesi, tüberkülum majus kırığının eşlik ettiği çıkıklarda redüksiyon sonrasında kırık fragmanın deplasmanı ve geniş glenoid dudak kırığının olması cerrahi için kesin endikasyonlardır. Bunların dışındaki endikasyonlar görecelidir. Robinson ve ark.^[17] ilk çıkıktan sonra altı hafta içinde tekrarlayan çıkıkları incelemişler; bu durumun ilk travmaya neden olan enerjinin yüksekliği, eşlik eden ro-



Şekil 2. (a) İlk travmatik omuz çıkığı sonrası manyetik rezonans aksiyel kesitinde anterior kapsülabral yapılarda yaranma, eklemdede hemartroz görülmekte. **(b)** Aynı hastadaki çıkıkla beraber oluşan Hill-Sachs lezyonu.



Şekil 3. (a, b) İlk çıkık sonrasında, humerus posterolateral bölgedeki kemik dokusunda ezilme ve kemik iliği ödemi.

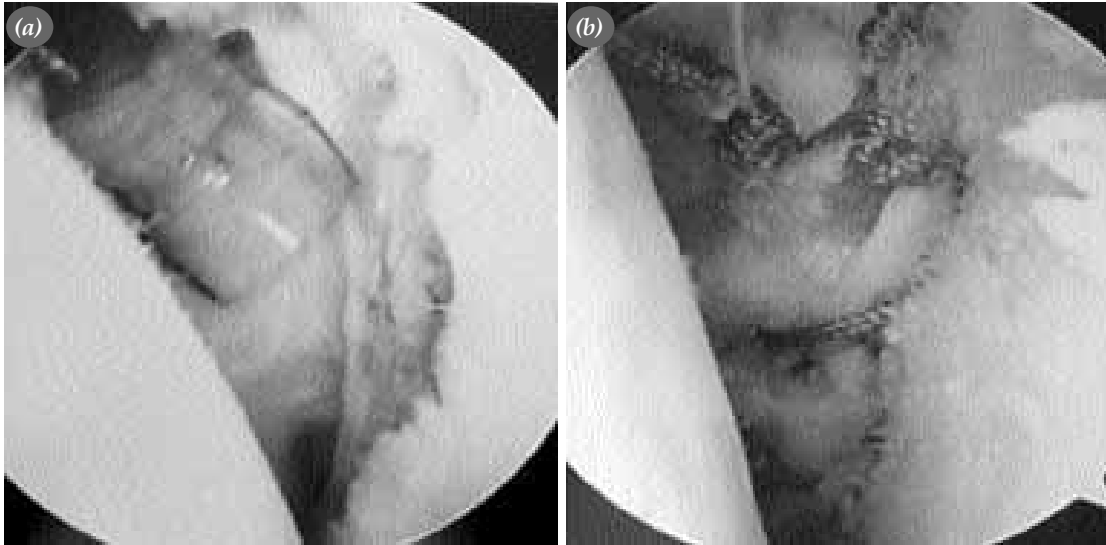
tator manşet yırtığı veya glenoid dudak kırığı ile ilgili olduğunu saptamışlar; ileri derecede instabil kabul edilen bu omuzlarda erken cerrahi stabilizasyon yararlı olacağını öne sürmüşlerdir.

İlk çıkıktan hemen sonra artroskopik lavaj yapılmasının, çıkık tekrarını azalttığı ve daha geniş hareket açıklığı sağladığı saptanmıştır.^[27,28] Ancak, bu yöntemle ilgili izlem süreleri kesin bir sonuca varmak için yeterli değildir. Ayrıca, lavajın sonucu etkilemediğini bildiren yayınlar da vardır^[21]

Erken artroskopik stabilizasyonun (Şekil 4) tedavide başarılı olduğu öne sürülmüştür.^[29-32] Salmon ve Bell,^[29] daha önce omuz şikayetleri olmayan 17 sporcuda ilk çıkık sonrasında erken artroskopik tamir uygulamışlar ve 2-4 yıllık takipte bunların %94'ünde tatminkar sonuç elde etmişlerdir. Bir hastada tekrarlayan çıkık görüldüğünü, 10 hastada ise ağrı şikayeti olduğunu bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada, erken stabilizasyon yapılan hastalarda iki yıl sonra instabilite tekrarlama oranı %12.7 olarak bildirilirken, müdahale yapılmayan olgularda bu oran %85 bulunmuştur.^[30] De Berardino ve ark.^[32] ilk çıkıklı 49 genç hastaya akut dönemde artroskopik primer tamir uygulamışlar ve ortalama 37 ay sonunda sadece %12'sinde tekrarlayıcı instabilite gözlemlemişlerdir. Askerlerde yapılan bu çalışmada, stabilizasyon uygulanan hastaların hepsinin eski sportif seviyeye geldiği belirtilmiş; başarısız sonuçların, ameliyat sırasında da belirlenen kapsülolabral yapıların zayıflığından kaynaklandığı öne sürülmüştür. Buna karşın,

olguların birçoğunda erken stabilizasyonun gereksiz olduğu yönünde görüşler de vardır.^[7] Saragaglia ve ark.^[7] ortalama yaşı 42 olan hastalarda tekrarlayıcı çıkık oranını, ortalama 38 ay takip sonunda %24 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca, olguların %58'inin konservatif tedaviyle tamamen iyileştiğini ve birçok hastada, henüz sadece erken sonuçları bilinen acil cerrahi girişimlerin endike olmadığını öne sürmüşlerdir.

Özellikle 40 yaş üstü hastalarda, anterior omuz çıkığı ile birlikte rotator manşet yırtığının da oluşması nadir değildir. Bu oran yaşla beraber artmaktadır. Kırk yaş üstündeki olgularda, çıkıkla beraber rotator manşet yırtığı görülme oranı %30'larda iken, 60 yaş üzerinde bu oran %80'lere çıkmaktadır.^[19,33] Redüksiyon sonrasında hastanın ağrısının devam etmesi, abduksiyon ve dış rotasyon zayıflığı rotator manşet yırtığını akla getirmelidir. Sonnabend,^[33] çıkıktan üç hafta sonra kuvvetsizlik ve ağrı şikayeti olan hastaların %85'inde rotator manşet yırtığı saptamıştır. Abduksiyondaki zayıflığın aksiller sinir lezyonunda da görüldüğü unutulmamalıdır.^[8] Böyle durumlarda, yumuşak dokuların durumunu değerlendirmede MRG yardımcı olacaktır. Çıkıkla birlikte manşet yırtığı olan hastalarda artroskopik ya da açık cerrahi tamir düşünülmelidir. Itoi ve Tabata^[19] rotator manşet tamiri yaptıkları hastalarda %73 oranında başarılı sonuç bildirmişlerdir. Özellikle subkapulariste yırtığı olan hastalarda omuz stabilitesini korumak için primer tamir endikasyonu vardır.^[34]



Şekil 4. (a) İlk çıkık sonrası erken artroskopik görüntüde Bankart lezyonu, (b) artroskopik primer tamir sonrası görünüm.

Sonuç

Son yayınlarda, dış rotasyonda uygulanan üç hafta süreli tespitle elde edilen erken klinik sonuçların ümit verici olduğu belirtilmektedir. Ancak daha güvenli bir yorum yapmak için orta ve uzun dönem sonuçların bilinmesi gerekir. Bu konuda yapılacak prospektif ve karşılaştırmalı çalışmalar akut omuz çıkığı sonrasında tedavi şekli konusuna ışık tutacaktır. Erken cerrahi stabilizasyonun her olguda uygulanmasını savunanlar olsa da, konservatif tedaviyle alınan başarılı sonuçlar da gözardı edilemez. Hatta bazı yazarlar, zaman içinde tekrarlayıcı çıkıklarda kendiliğinden iyileşme olduğunu öne sürmekte; bu nedenle, erken ameliyat edilen olguların %50'sinde müdahalenin gereksiz olduğunu düşünmektedirler.^[14] Ülkemizde omzu ilgilendiren spor ve egzersizlerin uygulanması çok yaygın olmadığı ve düzenli olarak spor yapanların oranının başka ülkelere göre çok daha düşük olduğu göz önüne alındığında, her omuz çıkığında erken cerrahi tedaviye başvurma "fazla tedavi" gibi görünmektedir. Ancak, aktif ve düzenli olarak spor yapanların, özellikle kolu ilgilendiren sporlardaki profesyonellerin spor yaşamına bir an önce dönmeleri açısından erken Bankart tamiri ya da stabilizasyon düşünülebilir.

Kaynaklar

- Eriksson E. Should first-time traumatic shoulder dislocations undergo an acute stabilization procedure? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2003;11:61-2.
- Arciero RA. Acute arthroscopic Bankart repair? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2000;8:127-9.
- Wintzell G. Reply to Dr. RA Arciero [Letter]. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2000;8:129.
- Itoi E, Sashi R, Minagawa H, Shimizu T, Wakabayashi I, Sato K. Position of immobilization after dislocation of the glenohumeral joint. A study with use of magnetic resonance imaging. *J Bone Joint Surg [Am]* 2001;83:661-7.
- Itoi E, Hatakeyama Y, Kido T, Sato T, Minagawa H, Wakabayashi I, et al. A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder: a preliminary study. *J Shoulder Elbow Surg* 2003;12:413-5.
- te Slaa RL, Wijffels MP, Brand R, Marti RK. The prognosis following acute primary glenohumeral dislocation. *J Bone Joint Surg [Br]* 2004;86:58-64.
- Saragaglia D, Picard F, Le Bretonchel T, Moncenis C, Sardo M, Tourne Y. Acute anterior instability of the shoulder: short- and mid-term outcome after conservative treatment. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2001;87:215-20. [Abstract]
- de Laat EA, Visser CP, Coene LN, Pahlplatz PV, Tavy DL. Nerve lesions in primary shoulder dislocations and humeral neck fractures. A prospective clinical and EMG study. *J Bone Joint Surg [Br]* 1994;76:381-3.
- Matsen FA III, Titelman RM, Lippitt SB, Rockwood CA Jr, Wirth MA. Glenohumeral instability. In: Rockwood CA Jr, Matsen FA III, Wirth MA, Lippitt SB, editors. *The shoulder*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2004. p. 655-794.
- Pasila M, Kiviluoto O, Jaroma H, Sundholm A. Recovery from primary shoulder dislocation and its complications. *Acta Orthop Scand* 1980;51:257-62.
- Miller SL, Cleeman E, Auerbach J, Flatow EL. Comparison of intra-articular lidocaine and intravenous sedation for reduction of shoulder dislocations: a randomized, prospective study. *J Bone Joint Surg [Am]* 2002;84:2135-9.
- Rockwood CA Jr, Thomas SC, Matsen FA III. Subluxations and dislocations about the glenohumeral joint. In: Rockwood CA Jr, Green DP, Buchholz RW, editors. *Rockwood and Green's fractures in adults*. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1991. p. 1021-79.
- Reeves B. Experiments on the tensile strength of the anterior capsular structures of the shoulder in man. *J Bone Joint Surg [Br]* 1968;50:858-65.
- Hovellius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg [Am]* 1996;78:1677-84.
- Detrisac DA, Johnson LL. Arthroscopic shoulder capsulorrhaphy using metal staples. *Orthop Clin North Am* 1993;24:71-88.
- Aronen JG, Regan K. Decreasing the incidence of recurrence of first time anterior shoulder dislocations with rehabilitation. *Am J Sports Med* 1984;12:283-91.
- Robinson CM, Kelly M, Wakefield AE. Redislocation of the shoulder during the first six weeks after a primary anterior dislocation: risk factors and results of treatment. *J Bone Joint Surg [Am]* 2002;84:1552-9.
- Wheeler JH, Ryan JB, Arciero RA, Molinari RN. Arthroscopic versus nonoperative treatment of acute shoulder dislocations in young athletes. *Arthroscopy* 1989;5:213-7.
- Itoi E, Tabata S. Rotator cuff tears in anterior dislocation of the shoulder. *Int Orthop* 1992;16:240-4.
- Simonet WT, Cofield RH. Prognosis in anterior shoulder dislocation. *Am J Sports Med* 1984;12:19-24.
- te Slaa RL, Brand R, Marti RK. A prospective arthroscopic study of acute first-time anterior shoulder dislocation in the young: a five-year follow-up study. *J Shoulder Elbow Surg* 2003;12:529-34.
- Hatrick C, O'Leary S, Miller B, Goldberg J, Sonnabend D, Walsh W. Should acute anterior dislocation of the shoulder be treated in external rotation? *Trans Orthop Res Soc* 2002; 27:830.
- Cooper ME, Hutchinson MR. The microscopic pathoanatomy of acute anterior shoulder dislocations in a simian model. *Arthroscopy* 2002;18:618-23.
- Suder PA, Frich LH, Hougaard K, Lundorf E, Wulff Jakobsen B. Magnetic resonance imaging evaluation of capsulolabral tears after traumatic primary anterior shoulder dislocation. A prospective comparison with arthroscopy of 25 cases. *J Shoulder Elbow Surg* 1995;4:419-28.
- Burkhead WZ Jr, Rockwood CA Jr. Treatment of instability of the shoulder with an exercise program. *J Bone Joint Surg [Am]* 1992;74:890-6.
- Tibone JE, Bradley JP. The treatment of posterior subluxation in athletes. *Clin Orthop* 1993;(291):124-37.
- Wintzell G, Haglund-Akerlind Y, Tidermark J, Wredmark T, Eriksson E. A prospective controlled randomized study of arthroscopic lavage in acute primary anterior dislocation of the shoulder: one-year follow-up. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 1996;4:43-7.

28. Wintzell G, Haglund-Akerlind Y, Nowak J, Larsson S. Arthroscopic lavage compared with nonoperative treatment for traumatic primary anterior shoulder dislocation: a 2-year follow-up of a prospective randomized study. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:399-402.
29. Salmon JM, Bell SN. Arthroscopic stabilization of the shoulder for acute primary dislocations using a transglenoid suture technique. *Arthroscopy* 1998;14:143-7.
30. Arciero RA, St Pierre P. Acute shoulder dislocation. Indications and techniques for operative management. *Clin Sports Med* 1995;14:937-53.
31. Bottoni CR, Wilckens JH, DeBerardino TM, D'Alleyrand JC, Rooney RC, Harpstrite JK, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. *Am J Sports Med* 2002;30:576-80.
32. DeBerardino TM, Arciero RA, Taylor DC, Uhorchak JM. Prospective evaluation of arthroscopic stabilization of acute, initial anterior shoulder dislocations in young athletes. Two- to five-year follow-up. *Am J Sports Med* 2001;29:586-92.
33. Sonnabend DH. Treatment of primary anterior shoulder dislocation in patients older than 40 years of age. Conservative versus operative. *Clin Orthop* 1994;(304):74-7.
34. Neviasser RJ, Neviasser TJ, Neviasser JS. Anterior dislocation of the shoulder and rotator cuff rupture. *Clin Orthop* 1993;(291): 103-6.