

OMUZ EKLEMİ REKURRENT ÖNE ÇIKIKLARININ KAPSÜLORAFİ TEKNİĞİ İLE CERRAHİ TEDAVİLERİ

(16 VAKA DOLAYISIYLA)

Fethi ÖZŞAHİN*
Yavuz KIRANYAZ**

ÖZET

Bu yazıda omuz eklemının rekurrent öne çıkıklarında kliniğimizde uygulanan cerrahi yöntemin "Kapsülorafî" teknik ayrıntılarına kısaca değinilerek, bu konudaki diğerk taraftar bulmuş bazı teknikler sadece isim olarak ve özet şeklinde verilmişlerdir.

Ayrıca 1968-1976 yılları arasında servisimizde bu yöntemle tedavi gören hastalarımızdan takip edebildiğimiz 16 sını çeşitli özellikleri ile, tedavi sonuçlarıyla takdim etmeye çalıştık. Bu amaçla tablo, şekil ve vakaların

de ise omuz eklemının rekurrent öne çıkıklarında yetersiz tedavi ve tesbitin sorumlu olduğu savunulan bir disküsyon ilave edilmiştir.

GİRİŞ:

Omuz eklemının nüks dislokasyonlarının nedenleri ve tedavisi ortopedik cerrahide geç anlaşılan konulardandır. Bu problemin halli için 70 kadar değişik cerrahi tedavi yöntemi bildirilmiştir. Fakat asıl sorun ilk dislokasyonda redüksiyondan sonra ekstremitenin yetersiz sürede tesbit edilmesidir (8). İlk travmanın oluş şekline bağlı olarak öne veya arkaya olmak üzere iki şekilde görülür. Omuzun arkaya rekurrent dislokasyonları oldukça enderdir. Tüm vakaların ancak %2 sini teşkil eder (2,8).

Etiolojik nedenler kısaca a) Nöromüsküler dengesizlikler, b) Travma olarak özetlenebilirler. Tabii ilk sebep geçerli ise travmaya gerek yoktur. Dislokasyon sırasında labrum Glenoidalenin ön kenarındaki

* S.S.K. İzmir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi

** S.S.K. İzmir Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Asistanı

kapsülün yırtılması ve % 87 vakada kopma defektinin görüldüğü yazılmıştır. Humerus başının posterolateral yüzündeki ossöz defekt ise % 82 vakada mutaddır (5,8). Gene patolojik anatomi konusunda söylenebilecek bir şey de Subskapularis adalesinin gevşek olduğudur. SYMEONIDES adlı yazar Kapsülorafı uyguladığı 45 hastasında ve incelediği 160 kadavra omuzundan elde ettiği sonuçlara bakarak bu adalenin rekurrent omuz çıkıklarında lezyona uğradığını yazmıştır (12).

Rekurrent omuz çıkıkları epileptiklerde sık görülür. Bu hastalar omuzlarının en küçük hareketlerde dahî kolayca çıktığını belirtirler. Örneğin saç tarama, yüzme v.s. gibi omuzu abduksiyon ve dışa rotasyona getiren günlük hareketlerde çıkık kolayca oluşur (6). Teşhis koymada en önemli yardımcı anamnezdir. Gerek duyulursa kolu 90 derece abduksiyona ve dışa rotasyona getirerek çıkık meydana getirilebilir (8). Radyolojik bulgular teşhiste pek yardımcı olmaz. Humerus başının posterolateral yüzündeki defekt (HILLS-SACHS Bulgusu)'i radyogramlarda görmek kolay olmaz. Fakat bu konuda CONNOLLY J. 23 vakalık bir seride yaptığı radyolojik tetkiklerde bu bulguyu vakaların hepsinde izlediğini bildiriyor (4). Yazar bu çalışmada hastanın kolunu göğüs üzerine yükleyerek röntgen tüpünü 25 derece eğik durumda tutarak aldığı radyogramları incelemiş ve radyolojik tetkikin bu şekilde yapılmasını önermiştir.

Hasta polikliniğe başvurduğunda genellikle çıkık sayısını unutmıştır. Bazen ilk birkaç çıkığı doktora redükte ettirdikten sonra oluşan çıkıkları kendisinin redükte ettiğini bildirirler. Hatta yattığı yataktan kolunu sarkıtmakla redüksiyon elde edenlerin sayısı da pek az değildir. Tekrarlayan çıkıklara uğrayan omuz gittikçe gücünü ve etkinliğini yitirir (5,6,8,13).

ROWE (1961) omuz öne çıkıklarını iki kısımda toplamıştır. 1 - Vakaların % 96 sını teşkil eden Travmatik orjinli çıkıklar, 2 - Travmatik olmayanlar % 4. Etiopatogeneizde MOSELEY ve OVERGAARD 1962 de yaptıkları embriyolojik ve morfolojik çalışmalarının sonuçlarını açıklayarak yeni görüşler getirmişlerdir. Şöyleki orta gleno-humeral bağda anomalik bir gelişmenin varlığını savunmuşlardır (13). Yaygın olan görüş şudur ki omuz eklem kapsülünün en zayıf yeri ön-alt kısımdır.

Rekurrent omuz çıkıklarınınin tedavi metodlarından söz etmeden evvel omuz ekiemini teşkil eden elemanların bazı özelliklerini bilmekte fayda görmekteyiz. Omuz eklemının blomekaniğini çevresindeki birçok adalenin sinerjik ve antagonist çalışmaları oluşturur. Humerus

başını uygunlukta değildir. Şöyleki glenoid çukurluk humerus başı eklem yüzünün konveksitesine oranla sığ durumdadır. Ve küçük hacimdedir. Glenoid kavit ginöz Labrum Glenoidale'dir (9).

TEDAVİ:

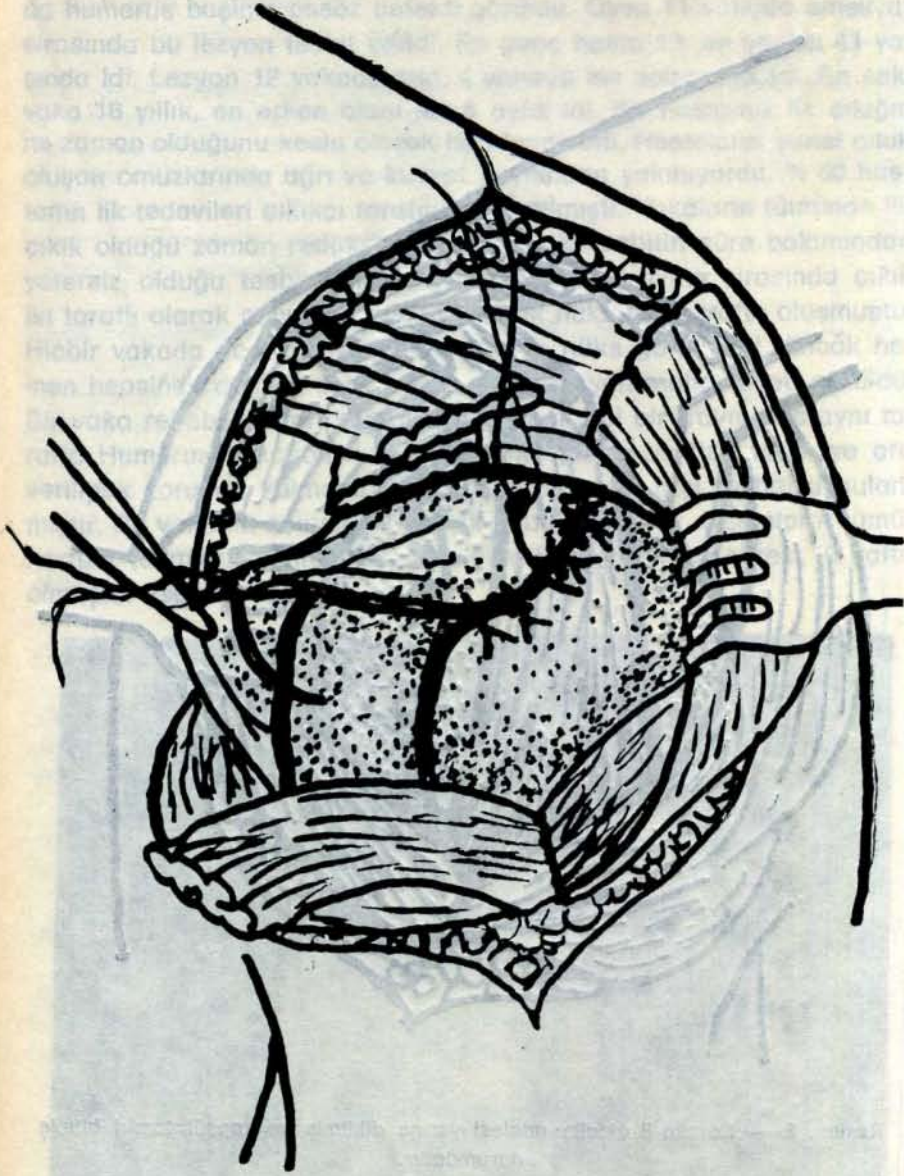
Omuz ekleminin rekurrent dislokasyonlarının tedavisi cerrahidir. Bu amaçla 70 kadar teknik tarif edilmiştir. Bunların içinde taraftar bulan ve uygulanan ise birkaç tanedir. Burada vakalarımıza uyguladığımız PUTTI-PLATT tekniği kısaca özetlemek istiyoruz.

Tekniğin amacı yırtılmış olan kapsülün dikişle tamir edilmesi ve sonuç olarak kapsülün kalınlaştırılarak daraltılmasıdır. Ortalama 2-3 cm kadar olmaktadır (3,4,7,8,11,12). Edilmek istenen omuzun dışa rotasyonunu kısıtlamaktır.

Teknik: İlk basit olarak "CAPSULORAPHY" ve CLARKE tekniğinin modifi

teknik budur. Deltoido-Pectoral oluktan cilde hafif S-şeklinde bir insizyon yapılır. Pektoralis Majör adalesi Vena Cephalica ile medial tarafa ekarte edilir. Deltoid adale ise Os Claviculadan ayrılır. Lateral tarafa çekilir. Bu esnada bu adalenin motor dalı zedelenmemelidir. Aksi halde post-op. paralizisi gelişebilir. M. Bicepsin kısa başı, M. Coracobrachialis ve M. Pectoralis Minoris ortak olarak yapıştıkları Processus Coracoideus'tan ayrılır. Bu işlem Nervus Musculocutaneusu travmatize olmaktan yani aşırı ekartasyondan korur. Bu safhada kol dışa rotasyona getirilerek M. Subscapularis tendonu ve sonra eklem kapsülü glenoid çukura yapışma yerinden 3 cm kadar lateralde uzulmasına kesilir. Önce kapsülün lateral parçası glenoidin kenarına, sonra kapsülün medial parça edilir. Böylece kapsülün ön tarafı kalınlaşır ve kısalır. Burada kullanılan sütün materyeli sağlam ipek ipliklidir. Dikişlerin bağlanması ise kol internal rotasyona getirilerek sağlanır. Bu andan itibaren kola hiç dış rotasyon yaptırılmaz. Kesilen ve ayrılan tüm anatomik oluşumlar tekrar yerlerine tutturulur. Hastanın kolu VELPEAU durumunda bandaja alınır (1,3,5,7,11,12,13).

Hastanın kolu bu durumda 3-4 hafta tesbitte bırakılır. Bandaj çıkarıldıktan sonra ortalama 6 hafta sürecek rehabilitasyon programına başlanır. Önce kola sarkaç hareketleri yaptırılır. Pasif zorlamalardan kaçınılmalıdır. Daha ileri periodlarda abduksiyona yönelik hareketlere izin veril



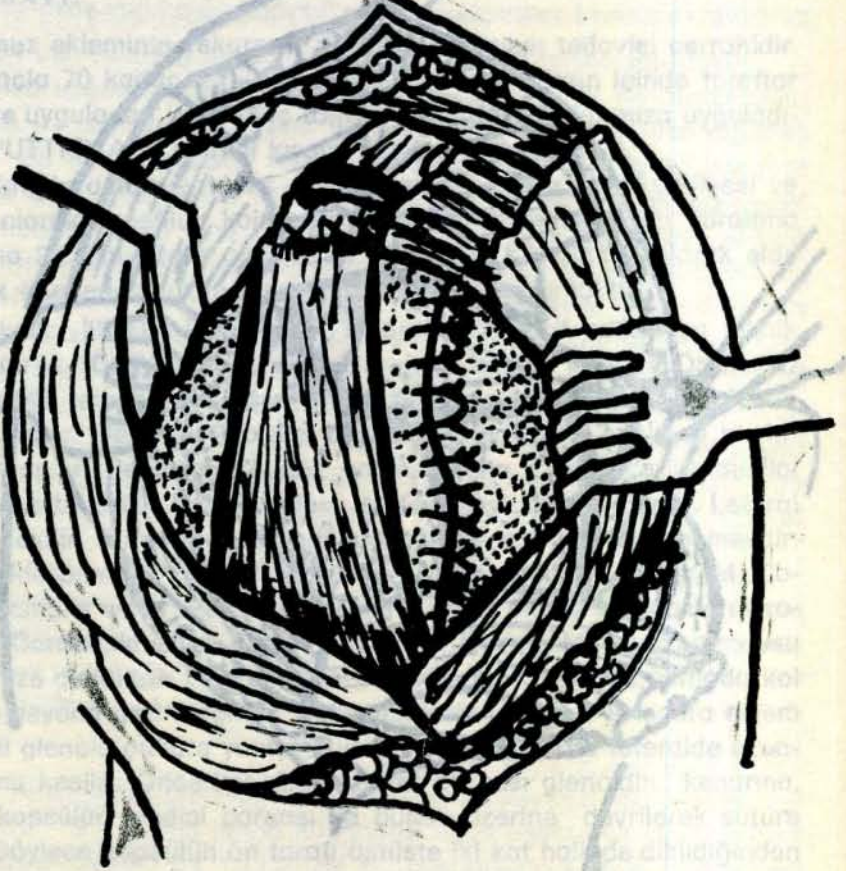
Resim : 1 — Korako-Brakialis adelesi ayrılmış durumda, eklem kapsülünün iki kat halinde üst üste dikilmesinin şematik özü gösterilmiştir.

LAMB DIN ve arkadaşları cilt insizyonunu aksiler çizgiden yapmışlar ve tel dikiş materyeli kullanmışlardır. Bu yöntemle tedavi ettikleri 50 vakada nüks oranını % 5 ten daha az olarak bildirmişlerdir (10).

birinin konveksitesi ile glenoid kavitenin konkavitesi arasında tam
uygunlukta yer alır. Sıyık glenoid çıkıntılık başlangıcında eklem yüz
zürür konveksitesi 15-20 mm genişliğindedir ve kemik çıkıntılıdır.
Glenoid kavitenin kapalı olduğu bir durumda yapıldığı takdirde
glenoid kavitenin glenoid kavitenin

TEDAVİ

Önce eklemünksiyonu yapılır. Bu amaçla 70 kg ağırlığındaki
lüks ve uyumlu bir hasta için uygun
glenoid kavitenin glenoid kavitenin
glenoid kavitenin glenoid kavitenin
glenoid kavitenin glenoid kavitenin

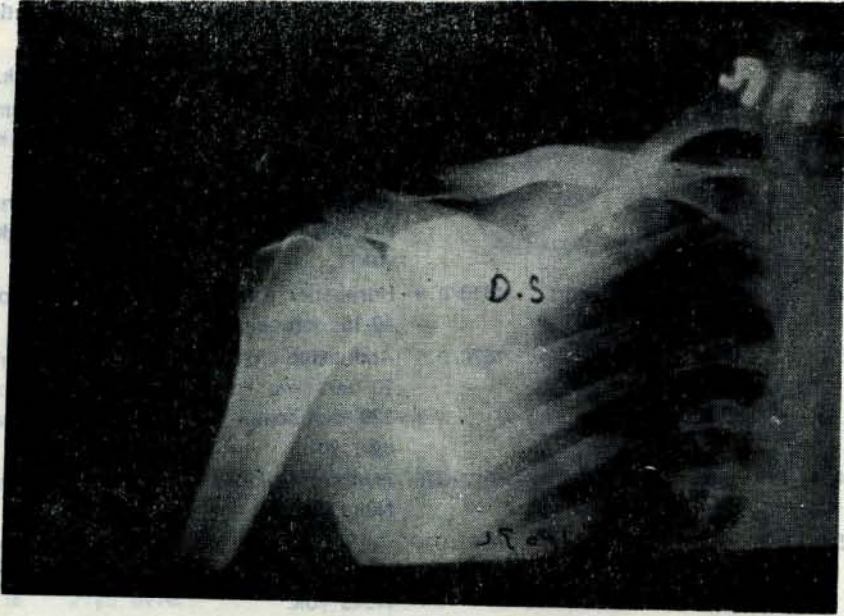


Resim : 2 — Korako-Brakialis adalesi yerine dikilmiş ve kapsül tamiri bitmiş
durumdur.

MATERYEL VE METOD :

Kliniğimizde 1968-1976 yılları arasında tedavi ettiğimiz 16 vaka-
da uygulanan teknik yukarıda teknik özeti verilen PUTTI-PLATT meto-
dudur. Ameliyattan evvel yapılan radyolojik tetkiklerde sadece 2 vaka-

da humerus başının ossöz defekti görüldü. Oysa 11 vakada ameliyat sırasında bu lezyon tesbit edildi. En genç hasta 18, en yaşlısı 41 yaşında idi. Lezyon 12 vakada sağ, 4 vakada ise sol tarafta idi. En eski vaka 16 yıllık, en erken olanı ise 5 aylık idi. Bir hastamız ilk çıkığın ne zaman olduğunu kesin olarak hatırlayamadı. Hastaların yarısı çıkık oluşum omuzlarında ağrı ve kuvvet kaybından yakınıyordu. % 60 hastanın ilk tedavileri çıkıkçı tarafından yapılmıştı. Vakaların tümünde ilk çıkık olduğu zaman redüksiyondan sonraki tesbitin süre bakımından yetersiz olduğu tesbit edildi. Bir vakada ilk travma sırasında çıkık iki taraflı olarak meydana gelmiş, ancak nüks sağ tarafta oluşmuştu. Hiçbir vakada post-operatif infeksiyon ve nüks görülmedi. Ancak hemen hepsinde değişik derecelerde dış rotasyon mahdudiyeti görüldü. Bir vaka rehabilitasyon süreci içinde geçirdiği bir travma ile aynı tarafta Humerus epkondil kırığı meydana gelmiş ve fizik tedaviye ara verilmek zorunda kalmıştır. Hatta 6 haftalık bir alçı tesbiti uygulanmıştır. Bu vakanın sonucu iyi olarak kabul edilemez. Hastaların tümüne fizik tedavi uygulanmıştır. Ortalama iş başı yapma süresi 10 hafta olmuştur (Tablo : I-II).



Resim : 3 — Bir vakamızda 60 derece içe rotasyonda çekilen bu radyogram (Skapulo-
gleonido-humeral eklemden herhangi bir patoloji göstermemektedir. Bir vaka haric
diğerlerinde radyolojik olarak bir patoloji saptanamadı.

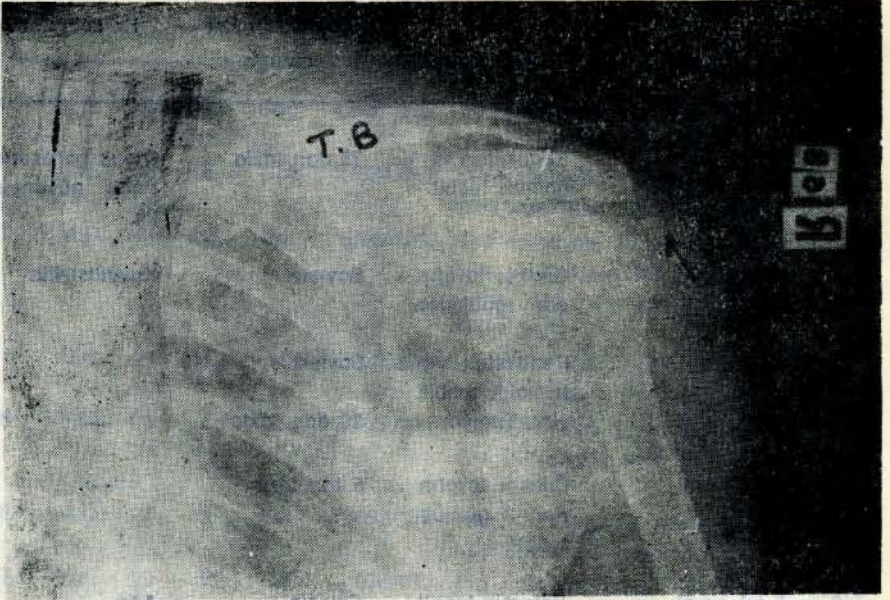
V.No. Adı Yaş Cins Taraf Prot.No. Elde Edilen Sonuçlar ve Değerlendirme

V.No.	Adı	Yaş	Cins	Taraf	Prot.No.	Elde Edilen Sonuçlar ve Değerlendirme
1	M.E.	30	E	Sağ	23965/968	40 derece dış rotasyon sınırlanması. Diğer hareketler normal. Nüks yok.
2	C.K.	38	E	Sağ	27334/968	Dışa rotasyon 10 derece mümkün. Diğer hareketler normal. Nüks yok.
3	M.O.	41	E	Sol	10549/969	Dış rotasyon 20 derece kadar mümkün. Abduksiyon 90 dereceden sonra ağırlı. 110 dereceden sonra sınırlı. Nüks yok.
4	D.Ş.	24	E	Sağ	22200/969	Dış rotasyon sınırlanmasından başka kısıtlı hareket yok. Nüks yok.
5	E.G.	23	E	Sağ	23977/971	Dış rotasyon 20 derece mümkün. Diğer hareketler normal açıklıkta. Nüks yok.
6	M.Ö.	24	E	Sol	8082/972	İleri abduksiyonda ve dış rotasyonda kısıtlanma. Nüks yok.
7	Y.Y.	29	E	Sol	4076/973	Dış rotasyon 20-25 dereceden sonra sınırlı. Diğer hareketler açık. Nüks yok.
8	İ.U.	18	E	Sağ	7689/973	Hareketler normal. Dış rotasyon kısıtlı. Nüks yok.
9	N.T.	26	E	Sağ	1799/974	Hareketler tam açıklıkta. Nüks yok.
10	T.B.	29	E	Sağ	11393/974	Dış rotasyon 20 derece kadar mümkün. Diğer hareketler normal. Nüks yok.
11	E.Y.	28	E	Sağ	12535/974	Abduksiyon 120 dereceden sonra ağırlı. Dış rotasyon 10 derece mümkün. Nüks yok.
12	K.T.	21	E	Sağ	4610/976	Hareketler tam açıklıkta. Dış rotasyon 10-15 derece mümkün. Nüks yok.
13	İ.U.	34	E	Sol	7570/976	Abduksiyon 120 dereceden sonra ağırlı. 10 dereceye kadar mümkün. Fleksiyon 120 dereceden sonra kısıtlı. Nüks ve ağrı yok.
14	T.T.	30	E	Sağ	15023/976	Hareket açıklıkları her yönde normal. Nüks yok.
15	V.Y.	28	E	Sağ	15361/976	Dışa rotasyonda 25 derece kadar sınırlanma. Diğer hareketler normal. Nüks yok.
16	M.E.	33	E	Sağ	5157/976	Omuz hareketleri tam açıklıkta. Dış rotasyonda 10 derecelik sınırlanma.

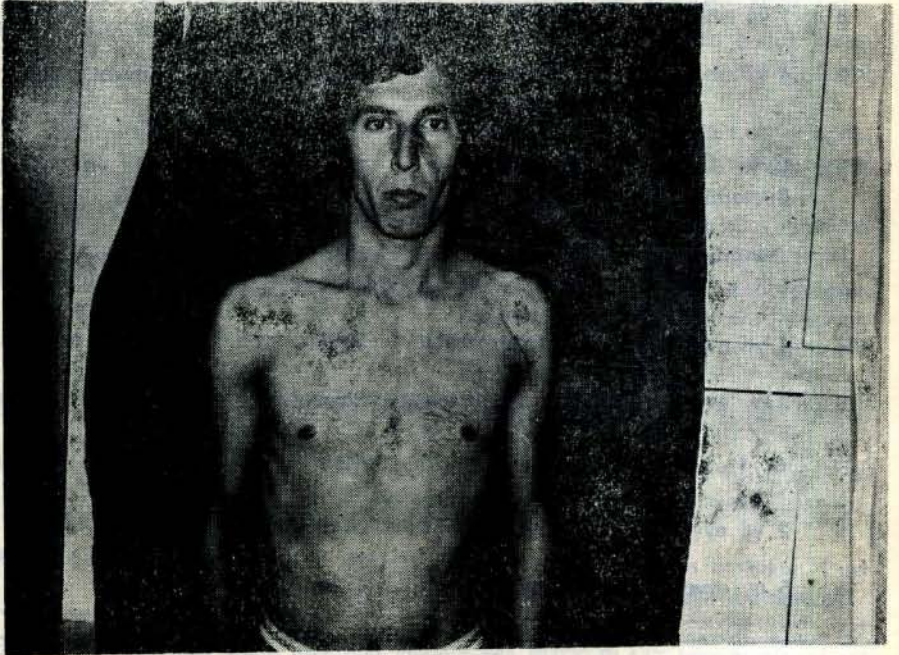
Tablo : I — 1968-1976 yılları arasında kliniğimizde PUTTI-PLATT tekniği ile cerrahi tedavi uygulanmış 16 vakanın bazı klinik özellikleri toplanmıştır.

V. No.	İlk Dislokasyon	Tedavi şekli	Kaç kez çıkık olduğu	Ek semptom
1	Kesin değil	Redüksiyon ve 10 günlük tesbit	10 dan fazla	Omuz hareketlerinde güvensizlik.
2	16 yıl evvel	Çıkıkçı tarafın - dan redüksiyon.	Sayırsız.	Kuvvetsizlik.
3	3 yıl evvel	Redüksiyon ve 1 haftalık tesbit.	Sayırsız.	—
4	Kesin değil	Hatırlamıyor.	10 dan fazla.	—
5	1 yıl evvel	Çıkıkçı tarafın - dan 3 günlük tesbit.	5 ten fazla.	—
6	2 yıl evvel	Yetersiz tesbit.	Sayırsız.	Ağrı.
7	9 yıl evvel	Redüksiyon ve tesbit.	Sayırsız.	—
8	1 yıl evvel	Yetersiz tesbit.	5 ten fazla.	—
9	4 yıl evvel	Redüksiyon ve tesbit.	Sayırsız.	Kuvvetsizlik.
10	12 yıl evvel Bilateral	Redüksiyon ve tesbit.	Sayırsız.	Ağrı ve kuvvetsizlik.
11	2 yıl evvel	Çıkıkçı tarafın - dan.	20 den fazla.	—
12	4 yıl evvel	Yetersiz tesbit.	10 dan fazla.	Kuvvet azlığı.
13	9 ay evvel	10 günlük tesbit	Sayırsız.	—
14	6 yıl evvel	Hatırlamıyor.	Sayırsız	—
15	2 yıl evvel	Yetersiz tesbit.	20 den fazla.	—
16	5 ay evvel	Yetersiz tesbit.	4 kez.	Ağrı.

Tablo : II — Aynı vakaların öz geçmişleri özet olarak gösterilmek istenmiştir.



Resim : 4 — Sadece bu vakada 60 derece ie rotasyonda alınan bu radyogramda Humerus başının postero-lateral kısmında ossöz bir defekt izlenebilmiştir.



Resim : 5-A — PUTTI-PLATT Tekniği ile tedavii edilen vakalardan biri.



Resim : 5-B — Aynı vakanın ameliyattan 2 ay sonraki rahat ve serbest abduksion hareketi görülmektedir.



Resim : 5-C — Gen

görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ :

Bilinen bir gerçek şudur ki ülkemizde özellikle kırsal alanda halkımızın büyük çoğunluğu herhangi bir travmaya uğradıklarında kırıkçı adıyla tanınan kişilerde şifa aramaktadırlar. Bu konu direkt olarak halk sağlığını ilgilendirmektedir. Oysa ülkemizde halk sağlığı konusu tam olarak anlaşılammıştır. Başka bir deyimle belirli bölgelerde kısmen uygulama bulabilmiştir. Biimsel görüş ve yetenekten yoksun bu kişilerin tedavi ettikleri vatandaşlar çeşitli sekellerle ortopedi ve travmatoloji kliniklerinin eksilmeyen ziyaretçileri olmaktadır. Son 8 yılda 30 u aşkın hasta omuz çıkığı nedeniyle evvelce kırıkçılarda tedavi gördüklerini ve halen omuzlarının devamlı olarak basit hareketlerle çıktığından yakınlara polikliniğimize başvurmuşlardır.

Bu hastaların bir kısmı ameliyata ikna edilemediler. Fakat büyük çoğunluğu cerrahi yöntemle tedavi edildiler.

Çoğunlukla yapılan ilkel tedavilerde redüksiyon başarılı olmaktadır. Tabii redüksiyon sırasında oluşan komplikasyonlar, örneğin damar, sinir lezyonları ve kırıklar da bu tartışmaya konu olabilirler. Genellikle hastaların belirttikleri redüksiyondan sonraki tesbit süresi ortalama 3-8 gündür. Redüksiyon başarılı olsa bile ilk tedaviyi uygulayan kişinin hareket tarzı bilimsellikten yoksun ise, anatomik ve biomekanik esaslar düşünülmemişse ve yırtılmış kapsülün spontan tamiri için gereken süre dikkate alınmamışsa omuzun rekurrent dislokasyonları için uygun ortam hazırlanmış demektir.

Vakalarımızda tekrarlayan çıkık nedeni olarak tesbit ettiğimiz en önemli sebep redüksiyon sonu yapılan tesbitin yetersiz süreli oluşudur.

Rekurrent omuz çıkıkları için kliniğimizde uygulanan metod Modifiye PUTTI-PLATT tekniğidir. Bu tekniği uyguladığımız vakalarda sonuçlar % 90 oranında "iyi" oldu. Literatürden alınan çeşitli vaka serilerinde de sonuçlar iyi olarak bildirilmiştir.

Bu konuda taraftar bulmuş diğer yöntemler şunlardır: NICOLA ameliyatı, BANKART ameliyatı, MAGNUSON-STACK tekniği ve bunların modifiye edilmiş bazı şekilleri. Bunlara ilâve edilecek çok sayı ve çeşitte teknik sayılabilir. Ancak alınan sonuçlarda en başarılı gözükten teknikler PUTTI-PLATT ve BANKART operasyonlarıdır. Post operatif devrede iyi bir rehabilitasyon uygulandığı takdirde sonuçların yüzgüldürücü olduğu saptanmıştır. Sadece % 50 oranında dış rotasyon hareketinin kısıtlandığı ancak bunun önemli bir malûliyet teşkil etmediği bilinmektedir.

SUMMARY

The surgical treatment of the recurrent anterior dislocations of the shoulder joint by capsuloraphy technique.

A serie of sixteen patients (all male) with recurrent anterior dislocations of the shoulder are presented in this paper. All cases were treated with PUTTI-PLATT (Capsuloraphy) technique with OSMOND-CLARKE modification.

The most important predisposing cause of recurrent dislocation of the shoulders are inadequate immobilization in the VELPEAU casts which were applied right after of the closed reductions. This point emphasized particularly.

In general acceptance is that the reduction should be done as much as early and immobilization in VELPEAU cast at least 3 weeks.

We believe that if the cases are treated in this way, recurrent dislocations are decreased in minimal amount.

LİTERATÜR

- 1 — BANKS and LAUFMAN. : An Atlas of Surgical Exposures of the Extremities, W. B. Saunders Comp. Philadelphia-London, 30-31.
- 2 — BOYD, H. : The Journal of Bone and Joint Surg. Vol. 54-B:379, May-1972, Memphis.
- 3 — CAMPBELL'S Operative Orthopaedics. Vol. I, Fifth Edition. 463, Mosby Comp. Saint Louis, 1971.
- 4 — CONNOLLY, J. : X-Ray Defects in Recurrent Shoulder Dislocations. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 51-A:1235, September 1969.
- 5 — DE PALMA, A. F. : The Managements of Fractures and Dislocations. An Atlas. Second Edition. Saunders Co. Vol. 2 Philadelphia-London-Toronto.
- 6 — EGE, R. : Hareket Sistemi Travmatolojisi. İkinci baskı. s. 123. Ankara Üniv. Tıp Fak. Yayınlarından. Sayı 250; Ankara 1971.
- 7 — GOLDSTEIN, L. A., DICKERSON, R. C. : Atlas of Orthopaedic Surgery. Vol. 1:2, C. V. Mosby Co. Saint Louis, 1974.
- 8 — JONES, R. W. : Kırıklar ve mafsâl yaralanmaları. Cilt 1:51, Çeviren: ÇAKIRGİL, G.S. Ankara Üniv. Basımevi, 1968.
- 9 — KAPANDJI, A. I. : The Physiology of the Joint. Vol. I, Second Edition Churchill-Livingstone, 31.
- 10 — LAMBDIN, C. S., YOUNG, S. B., UNSICKER, C. L. : The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 53-A:1237, September 1971.
- 11 — MERCER'S Orthopaedic Surgery. 7th Edition: 951, London 1973, Arnold Co.
- 12 — SYMEONIDES, P. P. : The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 54-B:476, August 1972.
- 13 — TUREK, S. L. : Orthopaedics. Principles and Their Application. Lippincott Co. Philadelphia, Toronto, 566.