

OMUZ ENJEKSİYONU SONRASI GELİŞEN SEPTİK ARTRİT OLGU SUNUMU

SEPTIC ARTHRITIS DEVELOPED AFTER SHOULDER İNJECTION CASE REPORT

Gökhan Meriç¹ Aykut Demir¹ Aziz Atik¹ Ali Engin Ulusal¹ Koray Başdelioğlu¹ Selahattin Özyürek²

¹Balikesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi Ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Balikesir
²Aksaz Askeri Hastanesi Ortopedi Ve Travmatoloji Kliniği, Muğla

Yazışma Adresi:

Aykut Demir
Bigadiç Yolu Üzeri 17. Km Çağış Kampüsü,
Merkez/balikesir Balikesir – Türkiye

E posta: draykutdemir@gmail.com

Kabul Tarihi: 03 Nisan 2014

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

doi: [10.5505/bsbd.2014.74946](https://doi.org/10.5505/bsbd.2014.74946)

ÖZET

Omuz ağrısının en sık nedenlerinden biri subakromial sıkışma sendromudur. Tedavide öncelikle konservatif tedavi uygulanır. Konservatif tedavide nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, sıcak-soğuk uygulamalar, fizik tedavi yöntemleri ve subakromial bölgeye steroid enjeksiyonu kullanılabilir. Omuz kortikosteroid enjeksiyonu sonrası septik artrit nadir görülen fakat gelişebilecek sonuçları açısından ciddi bir komplikasyondur. Bu yazımızda subakromial sıkışma sendromu nedeniyle subakromial bölgeye steroid enjeksiyonunu takiben septik artrit gelişen bir olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Omuz, septik artrit, subakromial enjeksiyon, steroid

SUMMARY

One of the most common cause of shoulder pain is subacromial impingement syndrome. In treatment conservative treatment applied first. In conservative treatment nonsteroidal antiinflammatory drugs, heat-cold application, physiotherapy methods ve steroid injections to subacromial region are usable. Septic arthritis after corticosteroid injection to shoulder is rare but a serious complication in terms of results may develop. In this article we reported a case septic arthrititis developed after steroid injection to subacromial region because of subacromial impingement syndrome.

Key words: Shoulder, septic arthritis, subacromial injection, steroid

GİRİŞ

Omuz ağrısının en sık nedenlerinden biri subakromial sıkışma sendromudur^{1,2}. Subakromial sıkışma sendromu omuz rotator kaslarının humerus ile akromial ark arasında sıkışması sonucu gelişir. Subakromial sıkışma sendromu etiolojisinde akromionun yapısı, zayıf rotator cuff kasları, kapsüler anomaliler, zayıf postür ve tekrarlayan travmalar rol oynar³. Omuz sıkışma sendromu tedavisinde amaç inflamatuvar süreci azaltmak, ağrının azaltılması, eklem hareket açıklığının korunması ve ilerleyici dejeneratif değişikliklerin oluşmasını engellemektir⁴. Tedavide öncelikle konservatif tedavi uygulanır. Konservatif tedavide nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, sıcak-soğuk uygulamalar, fizik tedavi yöntemleri ve subakromial bölgeye steroid uygulaması kullanılabilir⁵. Geçmişten beri enjektabl kortikosteroidler fizik tedavi ile kombine olarak kullanılarak ağrının azaltılmasında efektif ve değerli bir tedavi yöntemi olmuştur. Klinisyenler eklem ağrısı ve inflamasyonu azaltmak ve geçici rahatlama sağlamak için

hızlı güvenli bir etki sağlayan lokal kortikosteroid tedavisini kullanmışlardır⁶.

Omuz kortikosteroid enjeksiyonu sonrası septik artrit nadir görülen fakat gelişebilecek sonuçları açısından ciddi bir komplikasyondur. Omuz septik artritlerinin en sık sebebi hematojen yayılımdır. Ancak son zamanlarda hematojen septik artrit sayısı anlamlı ölçüde azalmıştır, oysa lokal steroid enjeksiyonuna bağlı septik artrit sayısı yükselmiştir⁷. Subakromial bölge enjeksiyonları poliklinik şartlarında oldukça sıklıkla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bu yazımızda subakromial sıkışma sendromu nedeniyle subakromial bölgeye steroid enjeksiyonunu takiben septik artrit gelişen bir olguyu sunduk.

OLGU

Seksen dört yaşında bayan hasta üç aydır olan sağ omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sağ omuzda abduksiyon, fleksiyon kısıtlılığı mevcuttu, subakromial sıkışma testleri pozitif idi. Çekilen omuz

grafisinde akromioklaviküler eklemdede dejenerasyon mevcut idi (Şekil 1). Hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde subakromial bölgede darlık mevcuttu, rotator cuff kaslarında yırtık yoktu ama ödemli idi. Hastaya omuz posteriorundan subakromial 1ml steroid (40mg metilprednizolon)+8ml marcaine(5mg bupivacaine) karıştırılıp enjekte edildi^{5,8}. Hastaya omuz egzersizleri ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaç verilerek tedavisi düzenlendi.

Şekil 1. Hastanın çekilen omuz AP grafisinde akromioklaviküler eklemdede dejenerasyon mevcut

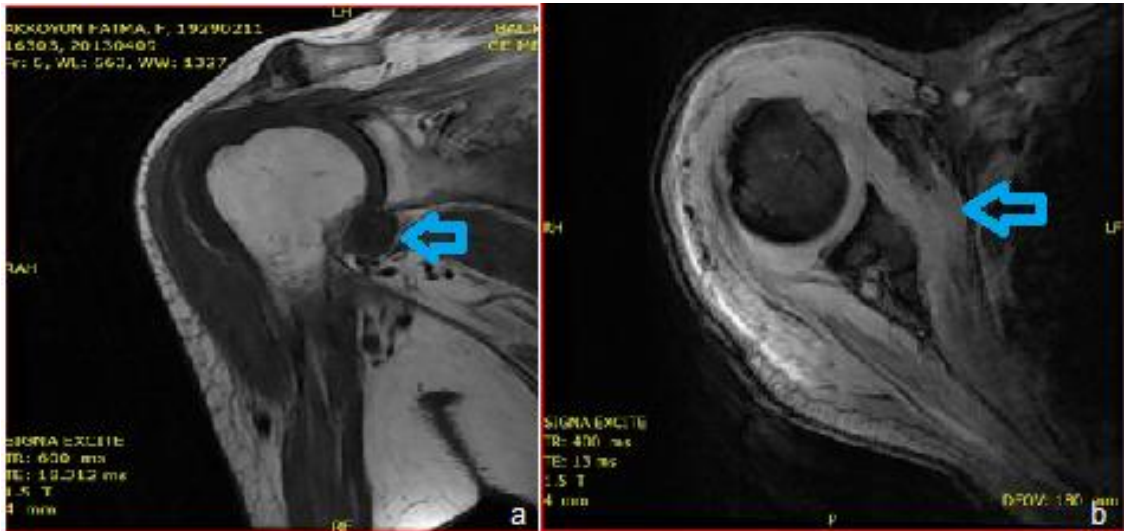


Üç gün sonra hasta polikliniğimize sağ omuzda şiddetli ağrı, hareket kısıtlılığı ve şişlik şikayetleriyle tekrar başvurdu (Şekil 2). Hastanın yapılan muayenesinde sağ omuzda pasif harekete ciddi ağrı, şişlik ve lokal ısı artışı mevcut idi. Hastanın rutin kan tetkiklerinde Hemogram: 10.4, beyaz küre: 23.300, CRP: 113.1, sedimentasyon hızı: 120 olduğu görüldü. Çekilen MR görüntülemesine eklem çevresinde yaygın effüzyon gözlemlendi. (Şekil 3). Hastanın sağ omuz ekleminde ponksiyon yapıldı. Sarı, püy görünümünde 70cc mayii aspire edildi. Alınan örneğin yapılan direkt mikroskopisinde her sahada Gram (+) kok saptanması üzerine hasta omuz septik artirit tanısıyla acil olarak ameliyata alındı. Hastaya artroskopik debridman uygulandı ve 6000cc serum fizyolojik ile yıkama yapıldı.

Şekil 2 (a,b). Sağ omuzda şişlik ve hipereminin önden ve yandan görünümü



Şekil 3. Çekilen omuz MR'ında T1(a) ve T2(b) sekanslarında glenohumeral eklemdede effüzyon görünümü ok ile belirtildi



Alınan örneklerden yapılan mikrobiyolojik incelemede *Staphylococcus aureus* saptandı. Hastanın kültür sonucuna göre antibiyoterapisi verildi. Hastanın postoperatif 12. ayda yapılan kontrollerinde omuz abdüksiyon 90°, fleksiyon 110° idi. Hastanın günlük aktivitesi sırasında ağrısı yoktu.

TARTIŞMA

Omuz ağrısı birçok sebepten kaynaklanabilecek bir klinik şikayettir ve ayrıntılı bir hikaye, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme çalışmaları ile sebep ortaya konulabilir. Subakromial sıkışma sendromu omuzda sık görülen patolojilerden biridir. Subakromial kortikosteroid enjeksiyonu istirahat, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve fizik tedavi gibi konservatif tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen hastalara uygulanır. Yapılan çalışmalarda subakromial kortikosteroid uygulamasının diğer konservatif tedavi yöntemlerinin etkinliğini arttırdığı bildirilmiştir⁹. İntraartiküler kortikosteroid enjeksiyonunun yapılmaması gereken durumlar; eklemde veya çevresinde aktif enfeksiyon, bakteriyemi veya sepsis, enjeksiyon bölgesinde ciddi cilt problemi, enjeksiyona karşı aşırı duyarlılık öyküsü, osteokondral veya diğer eklem içi kırıklar, şiddetli eklem destrüksiyonudur¹⁰.

Septik artite predispozan faktörler arasında kronik hastalıklar, diyabet, kardiovasküler hastalıklar ve immünyetmezliği olan hastalar sayılabilir¹¹. Gray ve Gottlieb steroid enjeksiyonun hyalin kırık oluşumuna zarar vererek eklemi travmalara karşı daha hassas hale getirdiğini ve sinovyal hücrelerin lizozomal fonksiyonlarını bozarak septik artrite zemin hazırladığını bildirmişlerdir¹². Literatürde subakromial steroid enjeksiyonu uygulanması sonrasında görülen birçok komplikasyon bildirilmiştir. Bunlar arasında steroid sistemik etkileri, tendon zayıflaması ve rüptürü, yağ atrofisi, cild rengi değişiklikleri, sinovit, sinir ve damar zedelenmeleri, anafaksi ve enfeksiyon sayılabilir^{13,14,15}. Literatürde subakromial darlık nedeniyle subakromial kortikosteroid uygulanan 29 yaşında hastada skapular osteomyelit geliştiği bildirilmiştir¹³. Birkinshaw ve ark. omuz ağrısı nedeniyle omuz eklemine steroid enjeksiyonu yapılan bayan hastada nekrotizan fasiit geliştiğini bildirmişlerdir¹⁵.

Yazarları septik artirit tedavisi konusundaki genel görüşü hızlı tanı ve agresif cerrahi tedavidir. Klinik, laboratuvar ve radyolojik değişiklikleri olan hastalarda tanı aspirasyonla etkenin izole edilmesiyle konur. Direkt grafilerde eklem destrüksiyonu, yumuşak doku şişliği, gaz formasyonu, periost reaksiyonu görülebilir fakat çoğu hastada hiç radyolojik anormallik görülmeyebilir¹⁶. Chun ve ark. manyetik rezonans görüntüleme yönteminin lezyonun

yerleşimini, kapsamını belirlemede ve kemik değişikliklerinin saptanmasında değerli olduğunu bildirmiştir¹⁷.

Cerrahi tedavide eklem hızla temizlenmesi esastır. Bu nedenle hastalara tekrarlayan aspirasyon, artroskopik irrigasyon ve debridman, artrotomi ile debridmanı yapılabilir. Cerrahi tedavi ardından mutlaka etken patojen saptanmalı ve antibiyoterapisi düzenlenmelidir¹⁸. Olgumuzda subakromial bölgeye steroid uygulamasını takiben gelişen septik artrite ameliyathane şartlarında hızlı bir şekilde müdahale edilmiştir ve antibiyoterapisi düzenlenmiştir.

Lokal steroid uygulamaları rutin klinik şartlarında oldukça sıklıkla uygulanmasına rağmen gelişebilecek komplikasyonlardan korunmak amacıyla omuz eklemine ve subakromial bölgeye uygulanması planlanan enjeksiyon sırasında asepsi kurallarına özellikle dikkat edilip titiz davranılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rockwood CA, Lyons FR. Shoulder impingement syndrome. Diagnosis, radiographic evaluation and treatment with a modified Neer acromioplasty. *J Bone Joint Surg.*1993;75(3):409-23.
2. Larson HM, O'Connor FG, Nirschl RP. Shoulder pain: the role of diagnostic injections. *Am Fam Physician.* 1996;53:1637-43.
3. Demirhan M, Akman Ş, Kılıçoğlu Ö, Akalın Y. Subakromial sıkışma sendromları ve cerrahi tedavisi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1996;30:11-17.
4. Esenyel C Z, Esenyel M, Yesiltepe R, Ayanoglu S, Bulbul M, Sirvanci M, Kara A N. The correlation between the accuracy of steroid injections and subsequent shoulder pain and function in subacromial impingement syndrome. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2003; 37: 41-5.
5. Blair B, Rokito A S, Jarolem K, Zuckerman J D. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *J Bone Joint Surg (Am)* 1996; 78: 1685-9.
6. Currence S, Moffet H, Tardif J et al. Intraarticular corticosteroids, supervised physiotherapy, or a combination of the two in the treatment of adhesive capsulitis of the shoulder: a placebocontrolled trial. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 829-38.
7. Goldenberg DL. Septic arthritis. *Lancet* 1998;351:197-202.
8. Plafki C, Steffen R, Willburger R E et al. Local anaesthetic injection with and without corticosteroids for subacromial impingement syndrome. *International Orthopaedics (SICOT)* 2000; 24: 40-2
9. Akgun K, Birtane M, Akarimak U. Is local subacromial corticosteroid injection beneficial in subacromial impingement syndrome? *Clinical Rheumatology* 2004;23:496-500.
10. Rozental TD, Sculco TP. Intra-articular corticosteroids: an updated overview. *Am J Orthop* 2000; 29: 18-23.
11. de Witte MT, van Overhagen H, Hamming JF, Lameris JS. Percutaneous drainage of septic glenohumeral arthritis. *Eur J Radiol* 1996; 22:158-60.
12. Gray RG, Gottlieb NL. Intra-articular corticosteroids. An updated assessment. *Clin Orthop* 1983;177:235-63.

13. Kennedy J C, Willis R B. The effects of local steroid injections on tendon: a biomechanical and microscopic correlative study. *Am J Sports Med* 1976; 4: 11-21.
14. Buckley SL, Alexander AH, Barrack RL. Scapular osteomyelitis. An unusual complication following subacromial corticosteroid injection. *Orthopaedic Review* 1989;18:321-324.
15. Birkinshaw R, O'Donnell J, Sammy I. Necrotising fasciitis as a complication of steroid injection. *Journal of Accident & Emergency Medicine* 1997;14:52-54.
16. Gelberman RH, Menon J, Austerlitz MS, Weisman MH. Pyogenic arthritis of the shoulder in adults. *J Bone Joint Surg Am* 1980;62:550-3.
17. Chun JM, Kim EG, Lee HJ, Kim JM, Kim KY. Role of MRI in pyogenic infection of the shoulder. *J Korean Orthop Assoc* 2000;35:301-5.
18. Ho G Jr, Su EY. Therapy for septic arthritis. *JAMA* 1982;247: 797-800.