

Omuz Sıkışma Sendromunun Tedavisinde Akromiyoplastinin Rolü Omuz Sıkışma Sendromunda Akromiyoplasti

The Role of Acromioplasty in the Treatment of Shoulder Impingement Syndrome Acromioplasty in the Treatment of Shoulder Impingement

Rüştü Nuran, Cemal Kural, Ali Akın Uğraş, Mustafa Fehmi Akyıldız, Murat Kayıpmaz, Haldun Ertürk

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

*Özel Acıbadem Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Özel Mevlana Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya, Türkiye

Özet

Amaç: Konservatif tedaviye cevap vermeyen omuz sıkışma sendromlu hastalarda yapılan açık akromiyoplasti ameliyatının sonuçları incelendi.

Yöntemler: Prospektif olarak konservatif tedaviye cevap vermemiş 20 omuz sıkışma sendromlu olgu incelendi. Ameliyat öncesi ve sonrası omuz abduksiyon, fleksiyon hareket genişlikleri ve kas gücü değerleri ölçüldü. Radyolojik olarak anteroposterior, nötral, aksiller ve impingement grafileri çekildi. Omuz manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Klinik değerlendirme Constant omuz skoru ile yapıldı.

Bulgular: Manyetik rezonans görüntüleme sonucunda 20 olgunun 3'ünde tip 1; 9'unda tip 2; 8'inde ise tip 3 akromiyon tespit edilmiştir. Ortalama takip süresi 16 aydır. Ameliyat öncesine göre %80 olgu mükemmel sonuç almış ($p<0.000$), olguların eklem hareket genişlikleri artmış ($p<0.000$), kas güçleri artmış ($p<0.000$) ve ağrıları azalmıştır ($p<0.000$). Sonucu iyi olarak değerlendirilen dört olgunun ortak özellikleri; hastalığın travma sonucu başlamış olması, ileri yaş ve yetersiz rehabilitasyondur.

Sonuç: Konservatif tedaviye cevap vermeyen omuz sıkışma sendromlu olgularda açık akromiyoplasti cerrahisi ağrıyı azaltır, eklem hareket genişliğini artırır ve etkili bir tedavi seçeneğidir. (*Haseki Tıp Bülteni 2011; 49: 141-4*)

Anahtar Kelimeler: Akromiyoplasti, sıkışma, omuz, cerrahi

Abstract

Aim: The results of open acromioplasty procedures were investigated for shoulder impingement syndrome in patients who did not respond to conservative treatment.

Methods: Twenty cases of shoulder impingement syndrome who did not respond to conservative treatment were investigated prospectively. The shoulder abduction and flexion range of motion and muscle power were measured preoperatively and postoperatively. Anteroposterior, neutral, axillary and impingement radiographs were taken. Shoulder magnetic resonance imaging (MRI) was performed. Clinical assessment was performed by the Constant shoulder score.

Results: Results of MRI revealed that 20 cases had type 1, 2 and 3 acromion in 3, 9 and 8 patients, respectively. The mean follow-up time was 16 months. Compared to preoperative conditions, the results in 80% of cases were rated as perfect ($p<0.000$), since all cases had gained both significantly more range of motion ($p<0.000$) and muscle power ($p<0.000$), in addition to decreased pain in all cases ($p<0.000$). Four cases who had been rated as good had common features as advance age, traumatic etiology and inadequate rehabilitation.

Conclusion: Open acromioplasty surgery reduces pain, increases range of motion and is an effective treatment option in cases of shoulder impingement syndrome not responding to conservative treatment. (*The Medical Bulletin of Haseki 2011; 49: 141-4*)

Key Words: Acromioplasty, impingement, shoulder, surgery

Giriş

Omuz ve özellikle rotator manşet lezyonlarına yaklaşımın öncüsü Codman olarak bilinir. Codman temel patolojinin sadece subakromiyal bursaya ait olmayıp, rotator manşete ait tendonlardaki patolojik değişiklikler olduğunu

göstermiştir (1). Neer 1972 yılında "sıkışma sendromu"nu ilk kez tanımlamış olup, tedavide akromiyonun anterolateral kısmındaki osteofitler üzerine yoğunlaşmak gerektiğini bildirmiştir (2). Günümüzde tekrarlayıcı hareketlerin kullanıldığı yüzme, tenis ve voleybol gibi sportif faaliyetlerin yaygınlaşması ile sıkışma sendromu ve rotator manşet lezy-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ali Akın Uğraş

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

E-posta: akinuğras@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 11 Mayıs 2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 22 Temmuz 2011

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

*The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.*

onları daha genç yaşlarda ve artan oranlarda görülmektedir. Tedavide hastaya önce subakromiyal enjeksiyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi konservatif tedavi uygulanır. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda ise akromiyoplasti endikasyonu oldukça sık olarak verilmektedir (3).

Bu çalışmada konservatif tedaviye cevap vermeyen omuz sıkışma sendromlu hastalarda yapılan akromiyoplasti ameliyatının sonuçları incelendi.

Yöntemler

Kasım 2001 ile Şubat 2005 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 20 omuz sıkışma sendromlu olgu prospektif olarak incelendi. Beraberinde ek omuz patolojisi olan hastalar, profesyonel spor uğraşı olan hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınma kriterleri; pozitif sıkışma testi olan hastalar, başüstü aktivitelerde omuz ağrısı olan hastalar, en az 3 ay konservatif tedavi denenmiş (non-steroid antienflamatuar ajanlar, fizik tedavi veya subakromiyal enjeksiyon) ve sonuç alınamamış hastalardı.

Olguların anamnezlerinin alınmasını takiben klinik muayeneleri yapıldı. Ameliyat öncesi ve sonrası omuz ağrısı ciddi (4), orta (3), hafif (2) ve yok (1) olarak puanlandı. İlave olarak sıkışma sendromu için tanımlanan spesifik testler, hareket genişlikleri, kas gücü değerlendirmeleri yapıldı. Ameliyat öncesi ve sonrası omuz abduksiyon, fleksiyon hareket genişlikleri ve kas gücü değerleri ölçüldü. Radyolojik olarak AP, nötral, aksiller ve impingement grafileri çekildi. Omuz manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı.

Olguların hepsi genel anestezi altında, şezlong pozisyonunda opere edildiler. Ameliyat lateral yarım ay şeklinde insizyonla yapıldı. Deltoid kas lifleri arasından subakromiyal aralığa ulaşıldı, dekompresyon yapıldı. Akromiyon ön lateral kenarı alındı. Ameliyat sonrası 24-48 saatte dren çıkarılması sonrası aktif faz I egzersizlere başlandı ve 10 gün sonra omuz kol askısı çıkarılarak faz II egzersizler verildi.

Olgular Constant'ın tanımladığı omuz tanısız ve fonksiyonel değerlendirme formuna göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 12. haftada değerlendirildi (4). Constant formuna göre ağrı 15 puan, günlük aktivite 20 puan, hareket genişliği 40 puan, kas gücü ise 25 puan olmak

üzere toplam 100 puan üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. 80-100 arasında elde edilen skor mükemmel, 65-79 arası skor iyi, 51-64 arası elde edilen sonuç orta, 0-50 arası ise kötü sonuç olarak kabul edilir.

İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ameliyat öncesi ve sonrası skorları karşılaştırmak için Wilcoxon testi kullanıldı. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular

Olguların ortalama yaşı 57.2 ± 5.2 (49-67) idi. Hastaların 13'ü erkek (%65), yedisi kadını (%35). 13 olgunun sağ omuzu, yedi olgunun sol omuzu etkilenmişti. Olguların sadece altısında (%30) ağrıyı başlatan travmatik bir etiyoloji mevcuttu.

Çalışmamızdaki olguların ameliyat öncesi manyetik rezonans görüntülemeleri sonucunda olguların %15'inde tip 1; %45'inde tip 2; %40'ında tip 3 akromiyon tespit edilmiştir. Ameliyat sonrası değerlendirmede 'iyi' sonuç alınan ve takiplerinde ağrı ve hareket kısıtlılığı şikayetleri devam eden dört olgunun (%20); üçünde (%75) tip 3 akromiyon, birinde ise (%25) tip 2 akromiyon tespit edilmiştir.

Tüm olguların temel başvuru şikayeti omuz önünde özellikle baş üstü aktivitelerde ağrı olup ikinci olarak omuz eklemesindeki hareket kısıtlılığıydı. İlk başvuruya kadar ağrı ve hareket kısıtlılığının süresi 2 ay ile 1 yıl arasında değişti; ortalama 4 aydı. Tüm olgular ilk anamnezlerinde non-steroid antienflamatuar ilaç kullanmıştı. Hastaların ameliyat öncesi yedisi 6 hafta, sekizi 8 hafta rehabilitasyon görmesine rağmen beş hasta rehabilitasyon görmemiştir.

Hiçbir olguda ameliyat sonrası erken dönem komplikasyon gözlenmedi. Ameliyat öncesi hazırlık dönemi dahil olmak üzere hastanede kalış süresi ortalama 5 gündür. Olguların ortalama izlem süresi 16 ay olarak tespit edildi (8-24 ay).

Tabloda görüldüğü gibi olgularımızın ameliyat öncesi ortalama Constant skorları ameliyat sonrası ileri derecede anlamlı şekilde iyileşmiştir ($p < 0.000$). 20 olgunun sadece dördünün (%20) ameliyat sonrası Constant skoru 70 olup iyi sonuç olarak değerlendirilmiştir. Geriye kalan 16 olgumuzda (%80) mükemmel sonuç elde edilmiştir.

Olgularımızın temel şikayetlerinden biri olan ağrı; ameliyat sonrası önemli ölçüde ortadan kalkmıştır ($p < 0.000$). Ciddi ağrı şikayeti olan 14 olgunun (%70) 11'inde (%55), ağrı ameliyat sonrası ortadan kalkmış veya hafiflemiştir. Ameliyat öncesi Constant skoru 70 olarak değerlendirilen dört olgunun (%20); ameliyat öncesi 'ciddi' derecede olarak belirtilen ağrı şikayetleri, son kontrolünde iki olguda 'orta' düzeyde, diğer iki olguda ise 'hafif' derecede değerlendirilmiştir. Yine olguların ameliyat sonrası Omuz abduksiyon ve fleksiyon hareket açıklıkları Şekil ve Tablo'da gösterildiği gibi ileri derecede anlamlı olarak iyileşmiştir ($p < 0.000$).

Tablo 1. Olguların ameliyat öncesi ve sonrası ağrı değerlerinin, omuz abduksiyon ve fleksiyon ölçümlerinin, kas gücü ve Constant skorlarının karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi	Ameliyat sonrası	P
Ağrı	3.7±0.5	1.9±0.7	0.000***
Omuz abduksiyonu	69.0±13.7	152.5±11.2	0.000***
Omuz fleksiyonu	76±15.4	156.5±11.8	0.000***
Kas gücü (kg)	7.0±0.7	8.4±0.9	0.000***
Constant skoru	66.5±5.1	83.2±7.4	0.000***

$p < 0.0001$



Şekil 1. 60 yaşında erkek hasta, ameliyat sonrası 4. ay omuz hareketleri

Tartışma

Tüm olguların ameliyat sonrası omuz ağrısı anlamlı derecede azalmış, omuz eklem hareketleri ve kas güçleri anlamlı derecede artmış, Constant skorları anlamlı derecede iyileşmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre açık akromiyoplastinin omuz sıkışma sendromu tedavisi için etkili bir seçenek olduğunu söylenebilir. Açık cerrahi akromiyoplastinin sonuçları oldukça iyidir. Neer; 15 hastasında tatmin edici sonuçlar almıştır (2). Thorling ve ark. (5), akromiyoplasti ile 51 hastanın 39'unda (%75) mükemmel ve iyi sonuç elde etmişlerdir. Hawkins ve ark. (6), anterior akromiyoplasti yapılmış 108 hastanın retrospektif incelemesinde, olguların %87'sinde tatmin edici sonuç alındığını bildirmişlerdir. Bölükbaşı ve ark. (7) 15 hastanın 14'ünde tatmin edici sonuç almışlardır.

Açık akromiyoplastiden sonra %3-25 arasında başarısızlık oranı bildirilmiştir. Post ve Cohen ameliyattan sonra olguların %11'inde ağrının devam ettiğini, %29'unda hareket kısıtlılığı olduğunu saptamışlardır (8). Tibone ve ark. (9) 35 sporcuda sıkışma sendromu için yaptıkları anterior akromiyoplasti sonrasında olguların %20'sinde orta ve şiddetli derecede ağrı gözlemişlerdir. Matsen ve ark.'na (10) göre subakromiyal dekompresyon başarısızlık nedenleri arasında öncelikli olarak; yanlış konan tanı, inkomplet dekompresyon, deltoidin yetersiz dikilmesi, akromiyonun fazla eksize edilmesi ve yetersiz yapılan rehabilitasyon gelmektedir. Bu çalışmada ise 4 olguda gördüğümüz başarısızlık nedenleri olarak dört olgunun da ortak özelliği olan travmatik başlangıç, ileri yaş ve yetersiz rehabilitasyon sayılabilir. Bu olguların yaş ortalaması 65 (genel yaş ortalaması 57) olup operasyonları sırasında rotator manşette belirgin dejenerasyon olduğu görülmüştür.

Bu seride etiyolojide suçlanan tip 3 akromiyon olguların sadece %40'ında bulunmuştur. Tip 3 akromiyondaki çıkıntıdan akromiyonun kendi morfolojisinin mi, yoksa korakoakromiyal bağın traksiyonu sonucu oluşan kemikleşmenin mi sorumlu olduğu tartışmalıdır. Rotator manşet tamiri ile akromiyoplasti uygulanan olgularda, tamirin başarısız kalması durumunda tip 3 akromiyon olduğu gözlenmiş ve rotator manşet hastalıklarının ana nedeninin, omuzun elevatör ve depresör kasları arasında, yaşla gelişen dengesizlik olduğu savunulmuştur (11). Deltoid kasın, rotator manşet kaslarına göre zaman içinde kuvvetini göreceli olarak koruması; öte yandan rotator kaslardaki zayıflama ile depresör etkinin azalması sıkışma sendromunun başlamasına yol açmaktadır. Akromiyonun anatomik çeşitlilik gösterdiği olguların da sıkışma sendromuna daha eşimli oldukları belirtilmiştir (12).

Çalışmamızın zayıf yönleri olarak, olgu sayısının azlığı, ameliyat sonrası rehabilitasyonun yetersizliği sayılabilir. Ama bu çalışma gücünü, aynı cerrahinin aynı şartlarda uygu-

landığı, prospektif bir çalışma olmasından ve olguların aynı cerrah tarafından titizlikle takip edilmesinden almaktadır.

Bu çalışma, konservatif tedaviye cevap vermeyen omuz sıkışma sendromlu olgularda anterior akromiyoplastinin ağrı azalması ve hareket genişliğinin artması açısından etkili bir tedavi seçeneği olduğunu ortaya koymaktadır. Son yıllarda artroskopinin yaygınlaşması ile birlikte karşılaştırmalı çalışmalar yapılmakta ve tedavi seçeneği, artroskopik debridmana doğru kaymaktadır. Fakat halen anterior akromiyoplasti etkili bir tedavi seçeneğidir.

Kaynaklar

1. Codman EA. Rupture of the supraspinatus tendon. 1911. Clin Orthop Relat Res 1990;254:3-26.
2. Neer CS 2nd. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Surg Am 1972;54:41-50.
3. McLaughlin HL. Lesions of the musculotendinous cuff of the shoulder. The exposure and treatment of tears with retraction. 1944. Clin Orthop Relat Res 1994;304:3-9.
4. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orthop Relat Res 1987;214:160-4.
5. Thorling J, Bjerneld H, Hallin G, et al. Acromioplasty for impingement syndrome. Acta Orthop Scand 1985;56:147-8.
6. Hawkins RJ, Plancher KD, Saddemi SR, et al. Arthroscopic subacromial decompression. J Shoulder Elbow Surg 2001;10:225-30.
7. Bölükbaşı S, Şimşek A, Başkan T. Omuzun impingement sendromu ve rotator manşet lezyonlarında akromiyoplasti. In: Ege R, editör. XIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı; 15-19 Mayıs 1993; Nevşehir; 1994. p. 519-21
8. Post M, Cohen J. Impingement syndrome. A review of late stage II and early stage III lesions. Clin Orthop Relat Res 1986;207:126-32.
9. Tibone JE, Jobe FW, Kerlan RK, et al. Shoulder impingement syndrome in athletes treated by an anterior acromioplasty. Clin Orthop Relat Res 1985;198:134-40.
10. Matsen FA 3rd, Arntz CT. Subacromial impingement. In: Rockwood CA, Matsen FA 3rd, editors, The Shoulder. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.p.623-46
11. Burkhead WZ, Burkhart SS, Gerber C, et al. 2nd, Morrison DS, Uthoff HK, et al. Symposium: the rotator cuff: debridement versus repair – part I. Contemp Orthop 1995;31:262-71
12. Anderson K, Bowen MK. Spur reformation after arthroscopic acromioplasty. Arthroscopy 1999;15:788-91.