

ANTERİOR STERNOKLAVİKÜLER EKLEM ÇIKIKLARINDA REDÜKSİYON MANEVRASI YAPILMADAN UYGULANAN KONSERVATİF TEDAVİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

SHORT - TERM RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT WITHOUT REDUCTION MANEUVER OF THE ANTERIOR STERNOCLAVICULAR JOINT DISLOCATION

Dr. Esat KITER, Dr. Fahir DEMİRKAN, Dr. Gürkan ERKULA, Dr. B. Alper KILIÇ, Dr. Ersen ÇELİKBAŞ'

ÖZET

Amaç: Anterior sternoklaviküler eklem çıkıklı olgularda, redüksiyon manevrası yapılmadan uygulanan konservatif tedavinin sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Sternoklaviküler eklem anterior çıkığı tanısı konulan dört olgunun sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu olgulardan üçü, bilinci kapalı olarak yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Üç olgunun bilincinin kapalı olması ve bir olgunun redüksiyon manevrasını kabul etmemesi nedeniyle olgular, redüksiyon manevrası uygulamadan konservatif olarak tedavi edildiler. Vakaların takip süresi ortalama 16 aydır (10-21ay).

Bulgular: Klinik sonuçlar olumlu olup, üç olguda minör kozmetik sorun dışında herhangi bir problem gelişmemiş, bir olguda ise belirgin deformite gelişmiştir.

Sonuç: Sternoklaviküler eklem'in öne çıkıklarında, redüksiyon manevrası yapılmaya bile, uygulanacak konservatif tedavinin fonksiyonel olarak iyisonuç elde edilmesinde yeterli olabileceği kanısındayız.

Anahtar kelimeler: Sternoklaviküler eklem, çıkık, redüksiyon manevrası

ABSTRACT

Background: To evaluate the results of the conservative treatment without a reduction maneuver in patients with anterior sternoclavicular joint (SCJ) dislocation.

Methods: Four cases with anterior dislocation of the SCJ were evaluated retrospectively. Three cases were unconscious and were followed in the intensive care unit. All of the cases were treated conservatively without any reduction maneuver, as they are either unconscious or refused the reduction in one case. Average follow-up period was 16 months (10-21 months).

Results: Good clinical results were achieved in three cases with only mild cosmetic problems, except one case with marked deformity.

Conclusion: Good functional results may be achieved with conservative treatment of the anterior dislocation of the SCJ even without a reduction maneuver.

Key words: Sternoclavicular joint, dislocation, reduction maneuver

GİRİŞ

Travmatik sternoklaviküler eklem (SKE) çıkıkları nadir karşılaşılan yaralanmalardandır. Klavikula sıklıkla öne çıkmakla birlikte, arkaya çıkıklar yaşamsal organları etkileyebileceği için çıkığın öne ya da arkaya olmasının ayırımı önemlidir.¹⁻⁴

Çıkığın tipini belirlemede özel pozisyonlarda çekilen grafiler ayırıcı tanıda yardımcı olur ve görüntüleme de ilk basamağı oluşturur.⁵ Bunu yanı sıra çıkığın pozisyonunu saptamada en güvenilir tanı yöntemi bilgisayarlı tomografi ya da her iki eklem karşılaştırmalı olarak çekilmiş ultrasonografisidir.¹⁻⁶ Öne çıkıklarda konservatif tedavi ön plandadır

ve kapalı redüksiyon önerilir.^{1,3,4,7,8}

Bu çalışmada redüksiyon manevrası yapılmadan konservatif olarak tedavi edilen olguların sonuçları tartışılmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

2000-2001 yılları arasında acil birimimize trafik kazası sonucu başvuran ve SKE anterior çıkığı saptanan beş hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Olgulardan birisi travma sonrası 7. günde öldü. Geriye kalan dört olgunun yaş ortalaması 29.2 idi (23-30). Üç olgu kafa travmasına bağlı serebral kontüzyon nedeniyle ortalama 27 (15-36) gün yoğun bakım

Tablo 1. Olgunun özellikleri

| Olgu | Cins | Yaş | Taraf | Glasgow Koma Skalası | İlave iskelet sistemi yaralanması | Diğer sistem yaralanmalı ve yapılan girişimler | Yatış süresi (Gün) | Takip süresi (Ay) | Kozmetik deformite |
|--------|------|-----|-------|----------------------|---|--|--------------------|-------------------|--------------------|
| Olgu1 | E | 31 | Sağ | - | - | - | - | 21 | Hafif |
| Olgu2 | E | 30 | Sağ | E1 M4 V2 | Sağ 2,3,4 kot kırığı, Sol 1,3,10 kot kırığı | Hemotoraks, Pnömotoraks, Trakeostomi, Göğüs tüpü | 30 | 18 | Hafif |
| Olgu3 | E | 23 | Sol | E1 M3 V2 | Solda 2. kot kırığı sağ klavikula kırığı | Explaratif laparotomi, Hemotoraks, Göğüs tüpü | 15 | 10 | Belirgin |
| Olgu 4 | K | 33 | Sağ | E2 M4 V2 | Pubik kollarda kırık | Mesane tamiri, Sağ akc lobektomi, Göğüs tüpü | 36 | 15 | Hafif |

şartlarında bilinci kapalı olarak takip edildi. Bu olgulardaki iskelet sistemi dışındaki yaralanmalar ve yapılan girişimler Tablo-1'de özetlenmiştir.

Bu üç olguya, yoğun bakım şartlarında, SKE çıkığına yönelik olarak herhangi bir tedavi uygulanmadı. Bu hastalar herhangi bir redüksiyon manevrası uygulanmadan ve ajitasyonları nedeni ile herhangi bir tespit yöntemi kullanılmadan, sadece iki skapula arasına rulo yükselti konularak takip edildiler. Bilinci erken açılan 3 numaralı olgu üç hafta daha önkol askısında takip edildi ancak diğer iki olguya başka bir tedavi uygulanmadı.

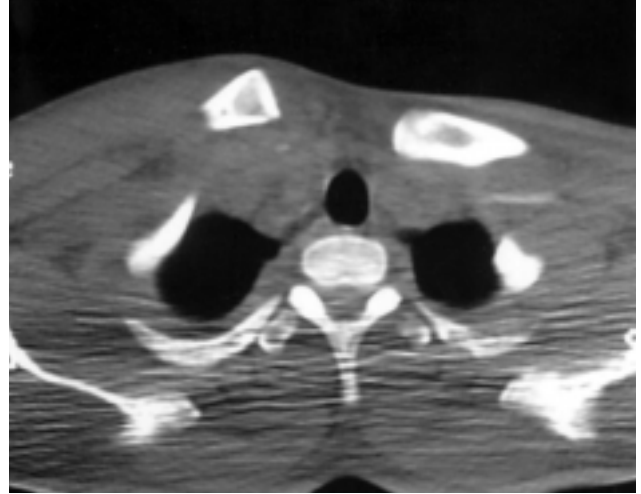
31 yaşında bir erkek olguya ise (olgu 1) trafik kazası sonrası sağ SKE'de anterior çıkık tanısı kondu. SKE yaralanması dışında başka bir problemi olmayan bu hasta redüksiyon manevrasının uygulanmasını kabul etmedi ve hastaya herhangi bir redüksiyon manevrası uygulanmadan sekiz bandajı uygulandı. 15 gün sonra önkol askısına geçildi. Üç hafta sonra sonrada günlük aktivitelere dönmesi için izin verildi.

Hastaların tümünde SKE, normal pozisyonlardaki radyogramları yanında Serendipity pozisyonunda çekilen özel grafilerle de incelendi.⁵ (Resim 1).



Resim 1. Serendipity yöntemi ile çekilmiş sağ anterior sternoklaviküler eklem çıkığı. (olgu 2) (k: Sağ klavikula, *: Sol klavikula ve sağlam sternoklaviküler eklem)

Takibinde tüm hastaların SKE'leri bilgisayarlı tomografi ile görüntülendi (Resim 2).



Resim 2. BT incelemesi ile sol anterior sternoklaviküler eklem çıkığının görüntülenmesi (olgu 3)

Hastalar travma zamanından ortalama 16 ay (10-21) sonrasına kadar takip edildiler. Takiplerde omuz kuşağı hareketlerinde kısıtlılık, omuz kuşağı hareketleri ile ağrı ve SKE'in palpasyonla ağrısı değerlendirildi.

BULGULAR

Son takiplerinde hastaların hiçbirisinde, sağlam taraf ile karşılaştırıldığında omuz kuşağı fonksiyonlarında bir kısıtlama ve bu fonksiyonlarla ilgili ağrı tespit edilmedi. Ayrıca SKE'in palpasyonla muayenesinde de herhangi bir ağrı bulgusuna rastlanmadı. Kozmetik açıdan sorun yaratacak bir asimetri belirgin olarak 3 numaralı olguda gözlenmiştir. Diğer olgulardaki deformiteler bizim gözlemlerimiz ve hastaların tanımlarıyla hafif deformiteler olarak değerlendirilmiştir (Resim 3).

Anterior Sternoklaviküler Eklem Çıkıklarında Redüksiyon Manevrası Yapılmadan



Resim 3a. 2 numaralı olgunun son takibinde sağ omuz kuşağı hareketleri tamamen açık ve ağrısızdır (asteriks). Çıkığa bağlı hafif deformitenin önden görünüşü (ok başı)



Resim 3b. Deformitenin yandan görünüşü

TARTIŞMA

Kapalı redüksiyon ile konservatif tedavi SKE travmatik öne çıkığının en uygun tedavisi olarak kabul edilse de tedavi seçenekleri arasında açık redüksiyon da vardır.^{1,4,7-9} Ancak eklemün güçlü liga-

mentöz yapısının travma sırasında yırtılması nedeni ile, uygulanan kapalı redüksiyonlarda stabilitenin sağlanması ve devam ettirilmesi zor olmaktadır. Bu nedenle anterior SKE çıkıkları nispeten kolay redükte olsalar da instabilirdirler ve redislokasyon oranları yüksektir.^{1,3,4} Bunun yanında klavikula ya yapışan pektoralis major, sternokleidomastoid ve trapezius kasları nedeniyle, SKE çevre komşuluklarıyla olan ilişkilerinde ve fonksiyonunda stabilitesinden çok fazla şey kaybetmez.¹ Bu nedenle SKE çıkığının konservatif tedavisinde yapılan redüksiyon tekrar çıksa bile sonuçların açık cerrahiye göre daha iyi olduğu belirtilmektedir.^{4,8}

Yoğun bakım şartlarında izlenen politravmatize hastaların tedavisini düzenlemek her hekim için zordur. Bilinci kapalı olarak yoğun bakımda takip edilen üç olgumuz bu nedenle iki skapula arasına uygulanan rulo yükselti dışında herhangi bir tedavi uygulanmadan izlendiler. Ayaktan acil birimimize başvuran hastamız ise redüksiyon manevrasını kabul etmediği için sekiz bandajı ile takip edildi. SKE'i değerlendirmede bilginiz dahilinde herhangi bir skorlama sistemi olmadığı için, bu çalışmadaki hastaların takiplerinde omuz kuşağı fonksiyonlarını ve lokal olarak palpasyonla SKE'in hassasiyetini değerlendirdik. Sonuç olarak tüm bu olguların fonksiyonel olarak herhangi bir kısıtlama ile karşılaşmadan günlük yaşantılarına döndüğünü gözlemledik. SKE anterior çıkığında geç dönemde, hangi tedavi yöntemi uygulanırsa uygulansın dejenerasyon gelişme olasılığı yüksektir.^{1,4} Fonksiyonel olarak kayıp ya da eklem ağrısı artarsa bu hastalarda salvage cerrahi prosedürler gündeme gelebilir. Geç dönemde cerrahi endikasyonlardan bir diğeri ise sık olarak karşılaştığımız kozmetik sorunlardır.^{1,4} Hiçbir redüksiyon manevrası yapılmamasına karşılık bu serideki dört olgumuzun sadece birinde ileri derecede kozmetik sorunla karşılaştık. Diğer olgularda da bir miktar asimetri olmasına karşılık hastalar tarafından tolere edilebilir bir şişlik, sekel olarak kaldı.

Sonuç olarak çıkığın öne ya da arkaya olmasının ayırımı SKE yaralanmalarında en önemli konulardan birisidir. Eğer çıkık öne ise, tedavi konusunda şartları çok zorlamanın gerekli olmadığı görüşündeyiz. SKE çıkıklarında optimum tedavinin çıkığın kapalı redüksiyonu ile konservatif tedavinin uygulanması olsa da bu tedaviyi uygulayamadığımız hastalarda da sonuçların kötü olmayabileceğini bilmemiz gerekir.

KAYNAKLAR

1. Miller ME, Ada JR. Injuries to the shoulder girdle. Part I fractures of the scapula, clavicle and glenoid. In: Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trafton PG eds. Skeletal 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders Co; 1998: 1657-1670
2. Person MR, Leonard RB. Posterior sternoclavicular dislocation. J Emerg Med. 1994; 12: 783-787

3. Cope R. Dislocation of the sternoclavicular joint. *Skeletal Radiol.* 1993; 22: 233-238
4. Jeh CL, Williams GR. Conservative management of sternoclavicular injuries. *Orthop Clin North Am.* 2000; 31: 189-203
5. Rockwood CA. Injuries to the sternoclavicular joint. In: Rockwood CA, Green DP, Bucholz RW, eds. *Fractures in adults.* 3 th ed. Philadelphia: Lippincot Co; 1991: 1253-1297
6. Pollack RC, Bankes MJ, Emery RJ. Diagnosis of retrosternal dislocation of the clavicle with ultrasound. *Injury.* 1996 ; 27: 670-671
7. Salvatore JE. Sternoclavicular joint dislocation. *Clin Orthop.* 1968; 58: 51-55
8. Rockwood CA. Disorders of the sternoclavicular joint. In: Rockwood CA, Matsen FA, eds. *The shoulder.* 1th ed. Philadelphia: W B Saunders Co; 1990: 477-519
9. Gearen PF, Petty W. Panclavicular dislocation. *J Bone Joint Surg.* 1982; 64: 454-455

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Denizli

Yazışma Adresi: Dr. A. Esat Kiter

Çamlaraltı Mah. 6084 Sok. 13/4 20070 Kınıklı-DENİZLİ

E-mail: kiter@superonline.com