

NEVIASER YÖNTEMİ İLE TEDAVİ EDİLEN AKUT GRADE III
AKROMİOKLAVİKULAR ÇIKIKLARDA SONUÇLARTHE RESULTS IN ACUTE GRADE III ACROMIOCLAVICULAR
DISLOCATIONS TREATED WITH NEVIASER'S METHOD

Dr. Davut KESKİN*, Dr. Naci EZİRMİK*, Recep ÇELİK*

ÖZET: Akut grade III akromioklavikular çıkıkların tedavisinde kullanılan yöntemler ve sonuçları üzerinde farklı görüşler vardır. Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda Neviaser yöntemi ile cerrahi olarak tedavi edilen ve takip edilebilen 10 hastanın sonuçları değerlendirilmiştir. Hastaların hepsi erkek olup, yaşları 25 - 44 (ortalama 36.5) yıldır. Çıkık 5 olguda (%50) omuz üzerine düşme, 4 olguda (%40) trafik kazası, 1 olguda (%10) ise direk omuz travması sonucu oluşmuştur. Çıkık oluşması ile ameliyat zamanı arasında geçen süre 5 - 20 (ortalama 10.2) gündür. 6 ay - 2 yıl (ortalama 13.1 ay) takip edilen olguların hiç birinde komplikasyon gözlenmemiş ve 9 olguda (%90) çok iyi ve iyi sonuç elde edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda akut grade III akromioklavikular çıkıklı hastalarda Neviaser yönteminin iyi sonuçlar verdiği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akromioklavikular Çıkık, Cerrahi Tedavi, Neviaser Yöntemi

SUMMARY: There are the different opinions on the methods used in the treatment of acute grade III acromioclavicular dislocations and their results. In this study, the results of 10 patients treated with Neviaser's method and followed in The Departement Orthopaedics and Traumatology of Atatürk University Medical School were evaluated. All patients were males and the average age was 36.5 (25 to 45) years. The causes of dislocations were falls on the shoulder in 5 cases (50%), traffic accidents in 4 cases (40%) and direct trauma to the shoulder in 1 case (10%). The mean interval between injury and operation time was 10.2 (5 to 20) days. The cases were followed up with an average period of 13.1 months (6 months - 2 years). The excellent and good results were obtained in 9 cases (90%) and the complication was observed in not one of the patients. We consider that Neviaser's method is a good alternative in the treatment of acute grade III acromioclavicular dislocations that operation is indicated.

Key Words: Acromioclavicular Dislocation, Surgical Treatment, Neviaser's Method

GİRİŞ

Akromioklavikular çıkık akromion üzerine düşme ile oluşur. Düşme sonucu skapula ve üst ekstremité aşağıya doğru itilirken akromioklavikular eklemi destekleyen ligamentler yırtılır ve klavikula yukarıya ve arkaya doğru yer değiştirir. İlgili ligamentler superior ve inferior akromioklavikular ve korakoklavikular ligamentlerdir. Pek çok sınıflama olmasına rağmen, yaygın olarak kullanılan displasman derecesine göre yapılan Allman sınıflamasıdır (1). Buna göre akromioklavikular çıkık 3 dereceye ayrılır (Tablo 1)

Akut grade I ve II akromioklavikular çıkıklar genellikle konservatif olarak tedavi edilirken grade III çıkıkların tedavisi tartışmalıdır.

Biz bu çalışmada akut grade III akromioklavikular çıkığı olan ve Neviaser (2) tarafından tarif edilen, korakoakromial ligamentten yeni bir superior akromioklavikular ligament

yapılması yöntemi ile cerrahi olarak tedavi ettiğimiz olguların sonuçlarını değerlendirdik.

Tablo 1: Akromioklavikular çıkıklarda Allman sınıflaması (1)

Grade I: Displasman olmaksızın akromioklavikular eklemi destekleyen ligamentlerde inkomplet zedelenme vardır.

Grade II: Akromioklavikular ligamentler yırtılmış, korakoklavikular ligamentde ise zorlanma vardır. Klavikula ve akromionun eklem yüzleri arasında displasman var, ancak orada hala bir miktar temas söz konusudur.

Grade III: Klavikula ve akromionun eklem yüzleri arasında hiç temas yoktur. Akromioklavikular ve korakoklavikular ligamentler yırtılmıştır.

MATERYAL VE METOD:

1995-1999 yılları arasında, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'nda, Neviaser yöntemi (2) ile cerrahi olarak tedavi edilen ve

* Atatürk Ü. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, ERZURUM

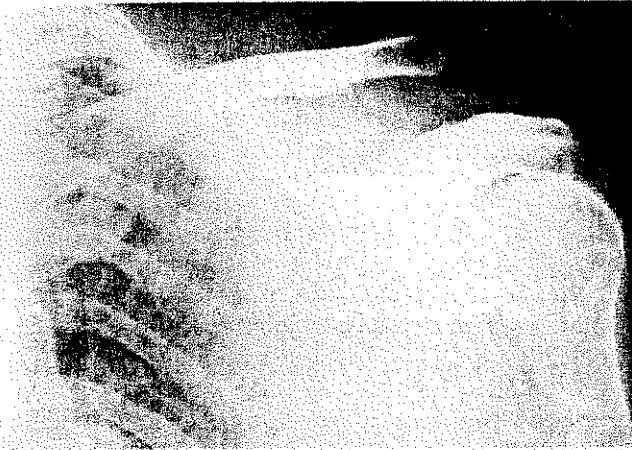
* Yazışma Adresi : Dr. Davut Keskin

Atatürk Ü. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, ERZURUM

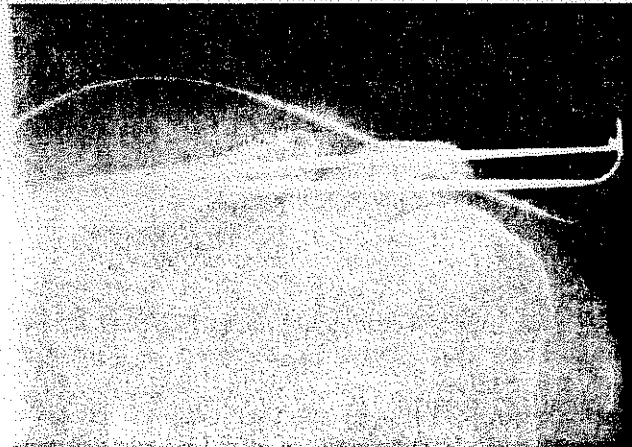
kontrolleri yapılabilen akut grade III akromioklavikular çıkıklı 10 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı'na başvuran hastaların öncelikle ayrıntılı fizik muayeneleri yapılmış, direk ön arka omuz grafleri ve gerekirse stres grafleri çektilerilerek akromioklavikular çıkık tanısı doğrulanmıştır. Bu incelemeler sonunda klavikula ve akromion eklem yüzleri arasında hiç temas olmayacak şekilde çıkık oluşan grade III olgular (Şekil 1) cerrahi tedavi için kliniğe yatırılmışlardır.

Şekil 1: Bir olgunun ameliyattan önceki radyografisi



Şekil 2: Aynı olgunun ameliyattan sonraki radyografisi



Ameliyat yöntemi: Genel anestezi altında, akromionun dış kenarı ve klavikulanın dış yarısı üzerinde uzanan hafif kavisli bir insizyonla girilerek deltooid adalesi klavikulanın lateral 1/3 kısmına yapıştığı yerden ayrılır. Korakoakromial ligament ortaya çıkarılır. Akromioklavikular eklem redükte edilir ve uçları cildin dışında bırakılan bir veya iki adet Kirschner teli ile tesbit edilir. Korakoakromial ligamentin medial ucu korakoidin lateral kısmına bağlandığı yerden küçük bir kemik parçası ile birlikte rezeke edilir. Daha sonra korakoakromial ligament akromionun süperior yüzü üzerine döndürülür ve yumuşak dokulara absorbe olan

suturlerle tesbit edilir. Daha sonra ligament akromioklavikular eklem süperiorundan klavikulanın üst yüzüne getirilir ve burada raspanarak tazelenir ve klavikulaya vertikal olarak iki deliğin açıldığı bölgeye geç absorbe olan dikişlerle tesbit edilir. Deltooid adale yerine suture edilir ve yara kapatılır (Şekil 2).

Ameliyat sonrası dönemde bir hafta süreyle omuz Velpeau bandajında tesbit edilir. Daha sonra pasif hareketlere başlanır. Altı hafta sonra Kirschner telleri çıkarılır ve tedrici olarak normal aktivitelere hastalar geri döndürülür.

Hastalar 6 ay 2 yıl (ortalama 13.1 ay) takip edilebilmiş ve fonksiyonel sonuçlar Bjerneld ve ark. (3) tarafından belirlenen kriterlere göre değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Tedavi sonuçlarını değerlendirmede kullanılan kriterler (3)

Sonuç	Ağrı	Aktivite seviyesi	Hastanın değerlendirmesi
YETERLİ			
Çok iyi	yok	normal	memnun
İyi	arasıra, hafif şiddetli	normal	memnun
YETERSİZ			
Orta	arasıra, Orta şiddetli	hafif azalma (spor aktivitelerinde)	memnun değil
Kötü	devamlı	azalma (Normal aktivitelerde)	memnun değil

BULGULAR

Hastaların hepsi erkek olup yaşları 25 - 44 (ortalama 36.5) yıldır. Çıkık 5 olguda (%50) omuz üzerine düşme, 4 olguda (%40) trafik kazası, 1 olguda (%10) ise direk omuz travması sonucu oluşmuştur. Çıkık oluşması ile ameliyat zamanı arasında geçen süre 5 - 20 (ortalama 10.2) gündür. Hiçbir olguda yeniden çıkık, yara enfeksiyonu, cilt nekrozu, tel kırılması ya da migrasyonu gibi komplikasyonlarla karşılaşmamıştır. 2 olguda (%20) çok iyi, 7 olguda (%70) iyi sonuç elde edilmiştir. İyi sonuç elde edilen olgularda arasıra çok hafif şiddetli ağrıların olduğu tesbit edilmiştir. 1 olguda (%10) ise zaman zaman orta şiddetli ağrıların olduğu ve omuzu ilgilendiren aktivitelerde hafif kısıtlama olduğu tesbit edilmiş ve bu olgu yetersiz sonuç olarak kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Akut grade I ve II akromioklavikular çıkıkların tedavisinin konservatif yöntemlerle yapılması gerektiği üzerinde bir görüş birliği vardır. Ancak grade III akromioklavikular çıkıkların tedavisi halen tartışmalı bir konudur.

Konservatif tedavinin iki şekli vardır. Bir yöntemde akromioklavikular eklemi zorlayan ve deforme eden güçten kurtarmak için üst ekstremitte dirsekten destekli askıya alınır. Diğer yöntemde ise akromioklavikular çıkık redükte edilir ve bu redüksiyon çeşitli sargı ve kayışların

yardımıyla devam ettirilmeye çalışılır (4). Ancak cilt iritasyonu, aksillar bası oluşması, sargının sık sık bozulması ve düzeltilmesinin gerekmesi, klavikulanın rotasyonu sonucu yumuşak doku interpozisyonu oluşması ve bunun inkomplet redüksiyona sebep olması gibi nedenlerden dolayı ikinci yöntemin kolay uygulanabilir bir tedavi metodu olmadığı ortadadır (5,6). Dolayısıyla tip III akromioklavikular çıkıkları konservatif olarak tedavi ederken çıkığı redükte etmeye çalışmak çok gerçekçi değil gibi görünmektedir. Bazı yazarlar redüksiyon yapılmadan askı kullanımı ile tedavinin klinik olarak iyi sonuçlar verdiği ve iyi sonuçlar elde etmek için akromioklavikular eklemin redüksiyonunun gerekli olmadığı, akromioklavikular eklemin klavikulanın yeni pozisyonuna uyma yönünden önemli bir kabiliyete sahip olduğunu bildirmişlerdir (3,7,8).

Pek çok araştırmacı bazı istisnalar dışında kalan grade III çıkıklarda da konservatif tedaviden yana görüş beyan etmektedir (3,4,7-10). Çok yaşlı ve ameliyata alınması riskli hastalar dışındaki komplet akromioklavikular çıkıklı hastaların cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiğini bildiren yayınlara rastlamak mümkünse de (11), çoğu araştırmacının cerrahi endikasyon koymada seçici davrandığını görmekteyiz. Klavikulanın lateral ucunun subkutan dokuda çok belirgin olması, klavikulanın akromionun tepesi üzerinde superior ve posterior olarak kilitlemesi, meslekleri baş üstünde çalışmayı gerektiren hastalar, genç ve kuvvet gerektiren işlerde çalışanlar yaygın olarak bildirilen cerrahi tedavi endikasyonlarıdır (4,9,10,12,13). Biz de komplet çıkığı olan her hastada değil, bahsedilen bu özellikleri taşıyan olgularda cerrahi tedavi uygulanmasının doğru olacağına inanmaktayız.

Akut akromioklavikular çıkıklarının cerrahi tedavisinde kullanılan başlıca yöntemler şunlardır: 1-Klavikula korakoide vida, sutur veya diğer materyallerle tesbit edilir; 2-Akromioklavikular çıkık redükte edilir ve transartikular tesbit yapılır, bağlar tamir edilebilir; 3-Klavikulanın lateral ucunun rezeksiyonu (4,9,12,14-17).

Bu değişik yöntemleri kullanarak tedavi ettikleri hastalardan hem iyi hem de kötü sonuç aldıklarını bildiren araştırmacılar vardır. Ancak mevcut yöntemler arasında akromioklavikular eklemin normal biyomekaniğini sağlamada en çok yardımcı olan yöntemin daha başarılı sonuç vereceğini ifade etmek yanlış bir saptama olmasa gerek. Akromioklavikular eklemin subluksasyonu artroza, ağrıya ve adale zayıflığına sebep olur (6). Bu nedenle uygulanacak cerrahi yöntemin eklemin stabilitesini tam olarak sağlaması gerekir. Fukuda ve ark. (18) tarafından yapılan bir biyomekanik çalışmada normal günlük aktiviteler için akromioklavikular eklemin stabilizasyonunda en önemli ligamentin superior akromioklavikular ligament olduğu bildirilmiştir. Neviaser (4) baş üstüne kaldırma ve sportif faaliyetleri de içeren normal günlük aktiviteleri yapma kabiliyetinin superior akromioklavikular ligamentin rekonstruksiyonu ile yeniden kazanılacağına inanmaktadır. Dolayısıyla akromioklavikular çıkıklarda yırtılan superior

akromioklavikular bağın rekonstruksiyonu bu eklemin stabilizasyonunda ve normal omuz hareketlerinin kazanılmasında oldukça etkili olacaktır diye düşünmekteyiz. Korakoakromial ligamentten yeni bir superior akromioklavikular ligament yapma işlemi olan Neviaser yöntemi de yukarıda bahsedilenleri gerçekleştirecek özelliklere sahip bir uygulamadır. Nitekim bu yöntemle akut ve kronik grade III akromioklavikular çıkıkları tedavi eden Arpacioğlu ve ark. (19) bütün olgularda iyi sonuç elde etmiş ve hiç komplikasyon tesbit etmemişlerdir. Bizim hastalarımızda da başarılı sonuç oranı %90'dır ve hiçbir hastada önemli bir komplikasyon görülmemiştir. Bu da bize cerrahi tedavi düşünülen grade III akromioklavikular çıkıklı hastalarda Neviaser yönteminin kullanılabilir ve iyi sonuçlar veren bir yöntem olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Allman FL Jr: Fractures and ligamentous injuries of the clavicle and its articulation. *J Bone Joint Surg.* 49-A: 774, 1967.
2. Neviaser JS: Acromioclavicular dislocation treated by transference of the coracoacromial ligament. *Clin Orthop.* 58: 57, 1968.
3. Bjerneld H, Hovelius L, Thorling J: Acromio-clavicular separations treated conservatively. *Acta Orthop Scand.* 54: 743, 1983.
4. Neviaser RJ: Injuries to the clavicle and acromioclavicular joint. *Orth Clin North Am.* 18: 433, 1987.
5. Lavelle DG. Acute dislocations: Acromioclavicular joint. In: Canale ST (ed): *Campbell's Operative Orthopaedics.* St. Louis: Mosby, 1998, pp 2642.
6. Lancaster S, Horowitz M, Alonso J: Complete acromioclavicular separations. *Clin Orthop.* 216: 809, 1987.
7. Taft TN, Wilson FC, Oglesby JW, et al: Dislocation of the acromioclavicular joint. *J Bone Joint Surg.* 69-A: 1045, 1987.
8. Rawes ML, Dias JJ: Long-term results of conservative treatment for acromioclavicular dislocation. *J Bone Joint Surg.* 78-B: 410, 1996.
9. Larsen E, Bjerg-Nielsen A, Christensen P: Conservative or surgical treatment of acromioclavicular dislocation. *J Bone Joint Surg.* 68-A: 552, 1986.
10. Bannister GC, Wallace WA, Stableforth PG, et al: The management of acute acromioclavicular dislocation. *J Bone Joint Surg.* 71-B: 848, 1989.
11. Habernek H, Weinstabl R, Schmid L, et al: A crook plate for treatment of acromioclavicular joint separation: indication, technique, and results after one year. *J Trauma.* 35: 893, 1993.
12. Waren-Smith CD, Ward MW: Operation for acromioclavicular dislocations. *J Bone Joint Surg.* 69-B: 715, 1987.
13. Işıkan E: Akromioklaviküler çıkık cerrahi tedavisinde kullanılan yöntemler ve yeni bir tesbit vidası. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 26: 108, 1992.
14. Skjeldal S, Lundblad R, Dullerud R: Coracoid process transfer for acromioclavicular dislocations. *Acta Orthop Scand.*

59: 180, 1988.

15. Kutschera HP, Kotz RI: Bone-ligament transfer of coracoacromial ligament for acromioclavicular dislocation. *Acta Orthop Scand.* 68: 246, 1997.

16. Gürbüz H, Yılmaz E, Sarısaltık H, ve ark: Tam akromioklaviküler çıkıkların eklem dışı korakoklaviküler tamiri ile tedavisi. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 30: 151, 1996.

17. Weaver JK, Dunn HK: Treatment of acromioclavicular

injuries, especially complete acromioclavicular separation. *J Bone Joint Surg.* 54-A: 1187, 1972.

18. Fukuda K, Craig EV, An K, et al: Biomechanical study of the ligamentous system of the acromioclavicular joint. *J Bone Joint Surg.* 68-A: 434, 1986.

19. Arpacıoğlu MÖ, Sarıoğlu A, Kural A, ve ark: Grade III akromioklavikular seperasyonlu hastaların Neviaser tekniği ile cerrahi tedavisi. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 30: 393, 1996.