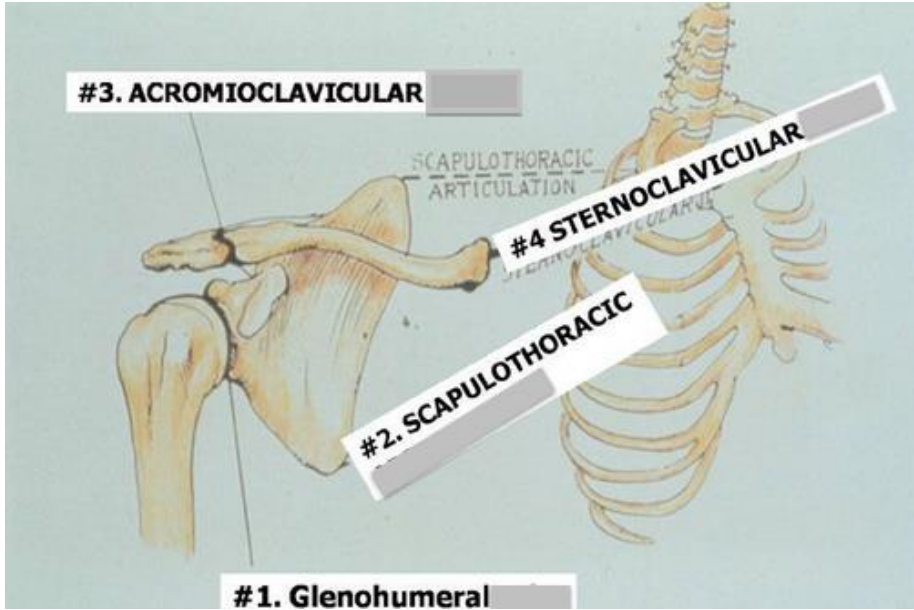


Normal Omuz

Normal omuz üç eklemden oluşmuştur. Bunlar **glenohumeral eklem** (asıl omuzumuzu hareket ettiren eklem budur ve **top ve yuva** şeklindedir), **akromioklavikular eklem**, **sternoklavikular eklem** ve göğüs boşluğu ile kürek kemiği arasındaki **skapulotorasik eklemlerdir**.

Rotator manşet kürek kemiğini kol kemiğine bağlayan dört adaleden oluşmaktadır. Bu adaleler top ve yuva şeklindeki bu eklem etrafını bir manşet şeklinde sardıkları için rotator manşet olarak adlandırılmıştır. Rotator manşet adaleleri omuz hareketleri sırasında topu yuvaya bastırırlar ve bu hareket esnasında döndürme hareketleri için stabil bir platform sağlarlar.



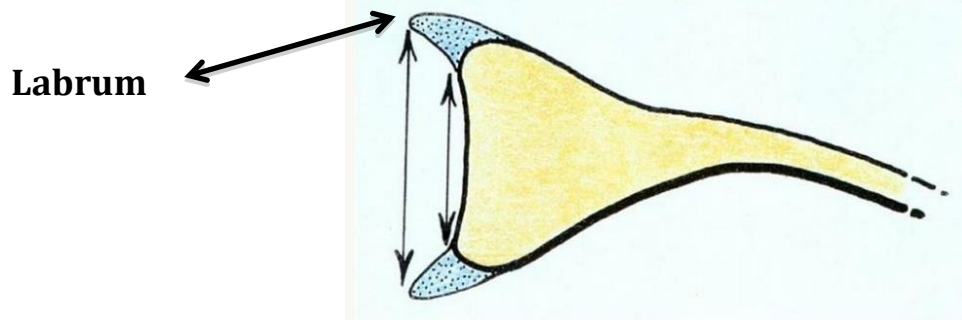
Omuz başı aşağıda görüldüğü gibi tıpkı bir tablanın üzerindeki **golf topu** gibidir



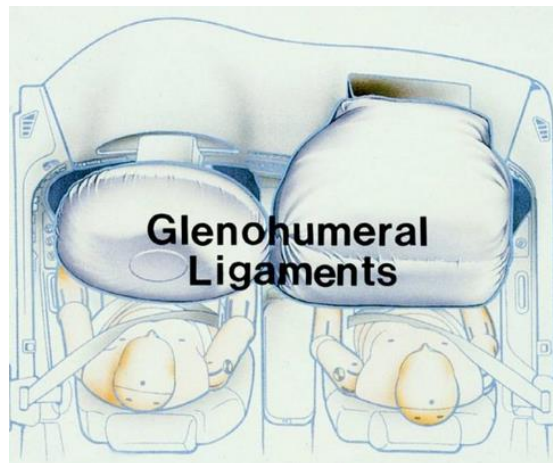
Bir başka deyişle omuz eklemi boşluğu olan ve top (daha büyük) ve yuvanın (daha küçük) büyüklük olarak uyumlu olmadığı bir folk balığının dengede tuttuğu bir balon gibi de düşünebiliriz.



Yuva **labrum** adı verilen dizdeki menisküs benzeri bir doku ile genişletilir.



Bahsettiğimiz labrum ve bağlar (glenohumeral) sayesinde omuz başı yuvada kararlı olarak durur. Labrum ve bağları arabalarda bizi ani çarpışmalardan koruyan “**airbag**” lere benzetebiliriz.

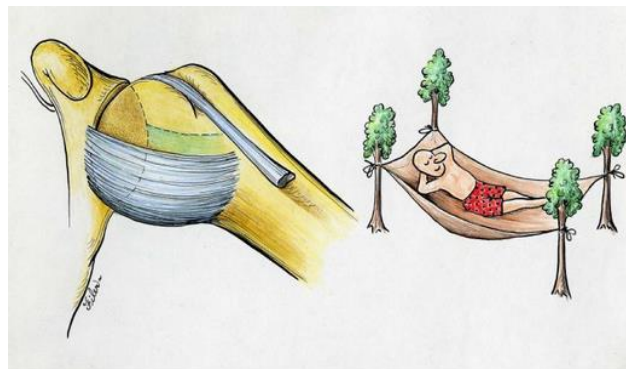


Omuz eklemindeki bu uyumsuz top ve yuva ilişkisi bazı özel durumlarda (**travma, bağ gevşekliği yada ailesel faktörler gibi**) katkısı ile omuz çıkıklarına zemin hazırlar.

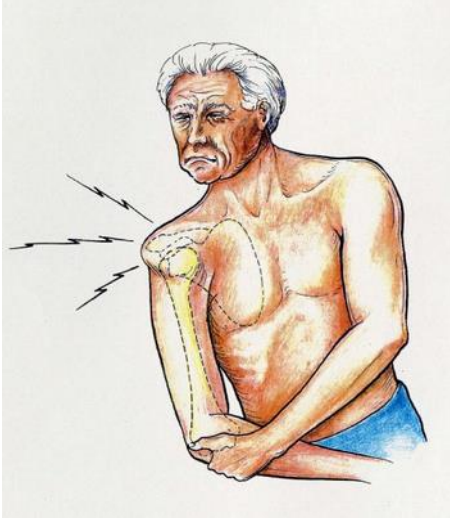
Aşağıda genel bağ gevşekliği olan durumlar görölmektedir



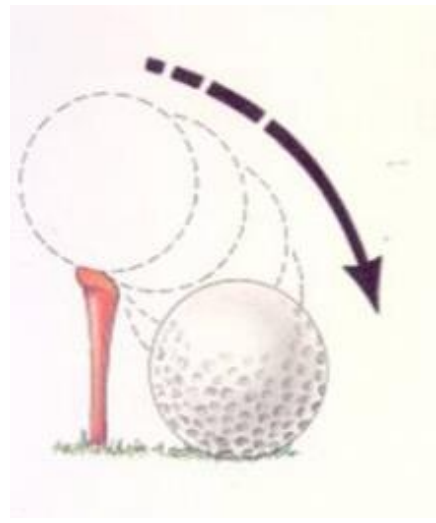
Bahsettiğimiz menisküs benzeri labrum ve özellikle de kuvvetli bağlar ağağıda göröldüğü gibi tıpkı bir **hamak etkisi** ile büyük topu yuvada tutmaya çalışırlar.



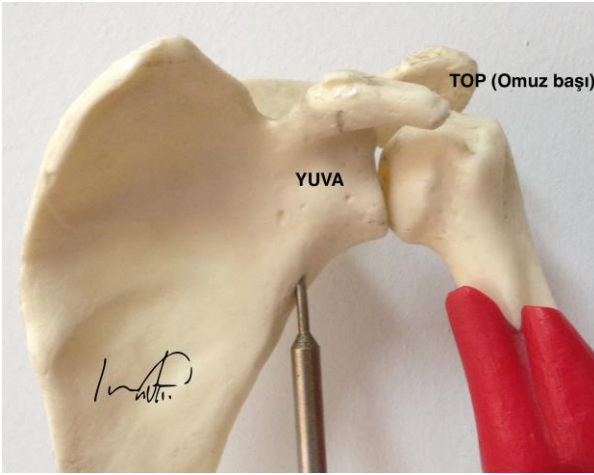
Omuz çıkıkları topun yuvadan çıkması olarak tanımlanabilir.



Önden bakarken Omuz Yerinde

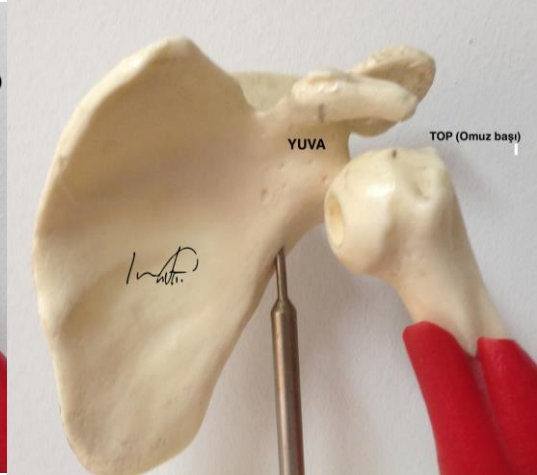


Omuz Çıkmış

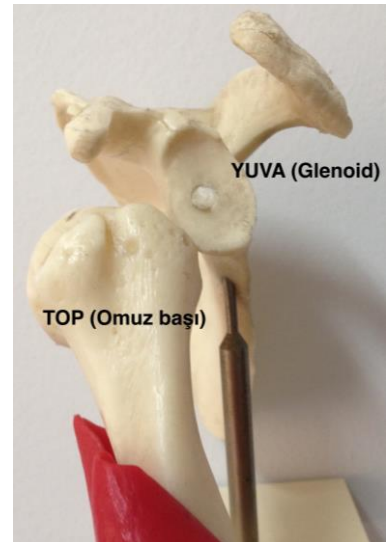


Yandan bakarken

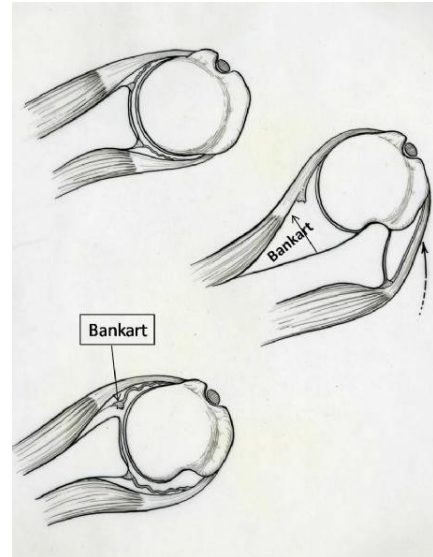
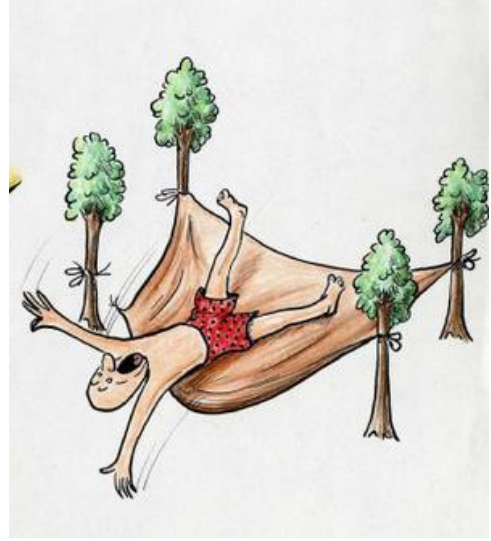
Omuz yerinde



Omuz Çıkmış



Omuz ıkığı sırasında menisküs benzeri labrum ve bağlar yırtılarak tipik olarak ıkıkların tekrarlamasına yol ağan “**Bankart lezyonu**” oluşur.



Bankart lezyonu ile beraber glenoid adı verilen yuva kısmında omuz çıkıkları sırasında (genellikle ilk çıkıkta!) kemik kırığı da olabilmektedir.

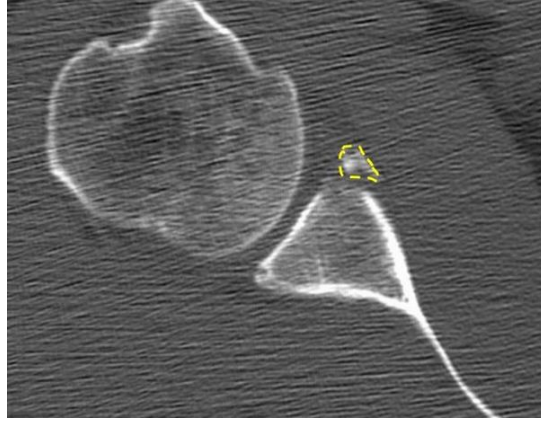
Normal yuva (GLENOİD)



Yuvada kırık oluşmuş



Tekrarlayan omuz ıkığı olan hastalarda yuvada (**GLENOİD**) kırık varlığından Őüphelenildiğinde **bilgisayarlı tomografi** ile bu durum teŐhis edilebilir.



Travma Sonrası Oluşan Öne ıkıkların Tedavisi

Ameliyatsız tedavi ve sonrasında fizik tedavi

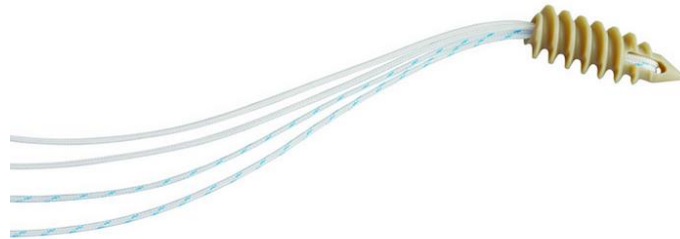
İlk ani ıkıklarda omuz bir askı ile sabitlenerek oluşan sıvı artışı ve ağrının azaltılması amaçlanır. Benimde dahil olduğu birçok uzman ıkığın tekrar etmemesi için en fazla 3 haftalık omuz-kol askısı uygulamasını önermektedirler. Bu dönemin daha uzun tutulmasının ıkığın tekrar etmesini önlemediğine inanıyoruz. Omuz sabitlenmesinin arkasından fizik tedaviye başlanır ve bu sayede omuz adalelerinin güçlendirilmesi sağlanır. Tüm yapılanlara karşın 40 yaş üzerindeki hastaların bir bölümünde omuz manşet yırtıkları ve ıkığın tekrarı (**% 50 den az**) ile karşılaŐılırken, 17-18 yaş civarında % 90 dan fazla ıkık tekrarı ile karşılaŐılabilmektedir.

Omuz çıkıklarının cerrahi tedavisi

Omuz çıkıkları eğer tekrar ediyor ise ve bu sorun kronik yani devamlı hale gelmiş ise cerrahi tedavi şarttır. İlk omuz çıkığı sonrası cerrahi tedavi kararı bazı faktörlere bağlıdır. Örneğin yuvada yani glenoid kemikte topu yani omuz başını yerinde tutacak kemik eksikliği oluşmuş ise hemen ameliyat düşünülmelidir. Yuvada kemik eksikliği yok ise ameliyat kararı kişinin yaşı, aktivite seviyesi, sportif faaliyetleri gibi kişisel faktörler göz önünde bulundurularak verilir.

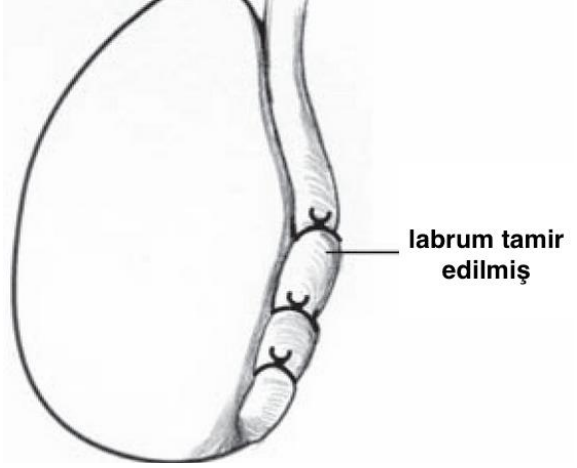
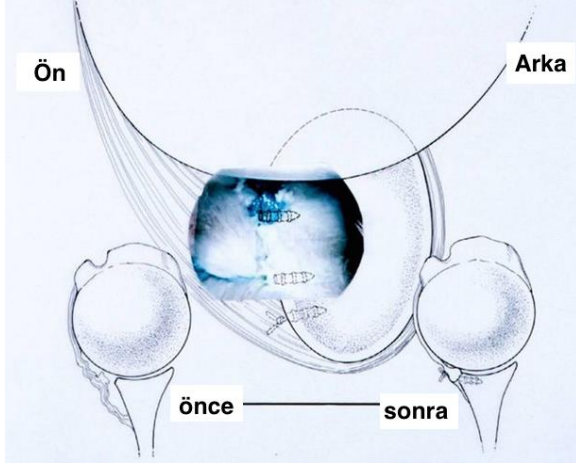
Omuz çıkıklarında Açık ve Artroskopik (KAPALI) tedavi

Kemik kaybı yok ise tedavideki amaç yukarıda bahsedilen Bankart lezyonunun ve kapsül dokusunun tamir edilerek eklem kararlılığının devam ettirilmesidir. Hastaların tamamına yakın bir kısmında cerrahi tedavi artroskopik yani kapalı olarak gerçekleştirilebilir. Artroskopik (kapalı) tedavi yırtılan menisküs benzeri yumuşak dokunun yuvanın yani glenoidin kenarlarına aşağıda görülen ucundan sağlam iplerin çıktığı eriyebilen küçük vidalar ile tekrar dikilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir.



Artroskopik (kapalı) tamir

Tamir sonrası (sağda)



Artroskopik (kapalı) tamirin açık tedaviye göre avantajları

Günümüzde gelişen teknikler ile beraber kapalı tedavi le açık tedavi sonuçları eşit hale gelmiştir. Daha az ağrı ve aynı gün taburcu edilebilme gibi avantajlar artroskopik yani kapalı tedaviyi tercih edilebilir hale getirmiştir. Artroskopik tedavide rotator manşet gibi normal dokuların açık tedavide olduğu gibi ayrıştırılması gerekmez. Bu sebeple ağrı azaldığı gibi fizik tedavi süreci de daha sorunsuz geçmekte dolayısı ile hastanın normal hayatına geri dönüşü hızlanmaktadır. Enfeksiyon oranları kapalı tedavide açık tedaviye göre daha düşüktür.

Açık tedavi hangi durumlarda gerekli olur?

Hastaların % 90 da artroskopik yani kapalı tedavi uygulanabilmektedir. Buna karşın geri kalan % 10 hastada özellikle ilk çıkıkta oluşan yuva (glenoid) kırıkları ve kemik kayıplarında yada kapsül yırtıklarında açık cerrahi gerekebilmektedir. Bu durumlarda Latarjet adı verilen yöntem ile yuvadaki kemik eksikliği takoz görevi görececek kemik transferi ile giderilir.

Böylelikle topun yuvadan çıkması kemik nakli ile önlenir. Bu yöntem usulüne uygun olarak açık olarak yapıldığında çok etkilidir.



Aşağıda Latarjet (kemik blok yöntemi) ile ameliyat edilen hastamızın ameliyattan 3 hafta sonraki yarası ve hareketleri görülmektedir.

