Bölüm
114

KAS İSKELET SİSTEMİ AKUT YAKINMALARI YÖNETİMİ

Ali İhsan ÇABUK[1]

1. OMUZ

Omuz eklemi fonksiyonel olarak glenohumeral eklem, skapular torasik eklem, akromioklavikular eklem ve sternoklavikular eklemden oluşur. Omuz çevresindeki bütün yaralanmalarda servikal omurganın incelenmesi ve norovasküler yapıların değerlendirilmesi gereklidir. Klavikulanın altında brakial pleksus, subklavian ven ve aksiller arter bulunduğu için hasar görme riskleri vardır. Tüm klavikula ve hedef bölgenin en az 2 farklı düzlemde görüntülenmesi gerekmektedir(1).

Akut omuz yaralanmaları nedeniyle aile hekimine çok fazla başvuru olmaktadır. Sık görülen akut omuz yaralanmaları; ve rotator manşet kası yırtıkları, akromioklaviküler (AK) eklem yaralanmaları, glenohumeral çıkıklar, proksimal humerus ve klavikula kırıklarıdır(2).

1.1 Akromioklaviküler Eklem Yaralanmaları

Genellikle kol addüksiyondayken omuzun üzerine düşme ile olur, spor yaralanması veya doğrudan travma şeklinde görülebilir(2).

Fizik muayenede öncelikle hasar gören ekstremitenin kemikleri ve nörovasküler yapıları incelenir. Bazı vakalarda klavikulanın yer değiştirmesine bağlı olarak brakiyal pleksus hasar görebilir. Distal klavikulada şişlik ve deformasyon bulguları olabilir. Klavikulada çıkık ve sternoklavikülar eklemde çıkığı ekarte etmek için bütün klavikula palpe edilmelidir. Eğer akromioklavikular eklem noktasında parmakla bastırıldığında ağrı varsa bunun sebebi, distal klavikula osteolizisi, artrit, AK ligamentinin ayrılması veya burkulması olabilir. Hasta dik oturur pozisyondayken hasar gören kolu aşağı çektiğimizde, eğer AK eklemi ayrılmışsa klavikulanın distal ucu tümsek gibi çıkabilir. Diğer tarafla karşılaştırarak tanımızı doğrulayabiliriz. Diğer bir provakatif test ise çapraz vücut adduksiyon testidir. Akromion ve klavikula sıkıştırılarak AK eklemde ağrı olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ağrı varsa AK eklemde ayrılma veya artrit düşünülmelidir(2).

Yaralanmanın sınıflandırılması ve kırık şüphesinin dışlanması için radyografilere ihtiyaç vardır. En iyi grafi tercihi AK eklemi içine alan, ön arka görünümde,10-15 derecelik sefalik eğimli (Zanca) grafi ve aksiller açılı grafidir. Zanca açısı AK eklem artrit tanısında da kullanabilir. Eğer hastanın semptomları grafi bulgularıyla körele değilse hasta MRG'a yönlendirilmelidir(2).

Akromioklavikular eklem yaralanması için 6 klasmandan oluşan Rockwood sınıflanması kullanılır. Tip 1(kavikula stabil, yer değiştirmemiş) ve tip 2 (klavikula akromionun üst sınırını geçmeyecek şekilde yükselmiş) ameliyatsız tedavi edilebilir. Hastalara buz uygulaması, analjezik ve askı kullanabilirler. Omuz sertliğini en aza indirmek için askı uygulaması 1-2 hafta ile sınırlandırılmalıdır. Semptomların kalış süresi tip 1 için 1-3 hafta tip 2 için 4-6 haftadır. Tip 3 (klavikula <25mm yükselmiş) tedavisi tartışmalıdır. Tedavileri birey-

[1] Dr, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, aliihsn@hotmail.com

Thomson Testi; hasta ayakları muayene masasının dışında kalacak şekilde yüzüstü yatırılır ve baldır kası kuvvetlice sıkılır, ayakta plantar fleksyonun olmaması aşil tendon rüptürünü akla getirir(14).

Ayak dorsifleksiyonda ve eversiyonda iken ayak inversiyona zorlanır, hastanın inervasyona karşı koyması istenir. Bu manevrada ağrı ortaya çıkması peroneal retinakulum hasarı, tendonların disloke veya sublukse, olduğunu gösterir(14).

Ayak bileğinin radyolojik incelemesinde rutin olarak anteroposterior (AP), lateral ve mortis (ayak bileği 15 derece iç rotasyona getirilerek AP olarak çekilir) açılardan direk grafi çekilir. Bağların fonksiyonunu en rahat değerlendiren testler stres grafileridir. Ancak bu grafiler istenmeden önce osseöz bir lezyonun olmadığı ekarte edilmelidir, çünkü deplase olmayan bir kırığı deplase hale gelme riski mevcuttur. MRG pahalı bir yöntem olmasına rağmen, bağ yaralanmalarında kondral ve tendinöz yaralanmalarda daha etkili bir görüntüleme yöntemidir(14).

6.3. Tedaviler

Kırıklarda tedavi amacı anatomik redüksiyon sağlamaktır. Eklem yüzeyinde basamaklanmaya yol açan, fibulanın boyunu kısaltan, talusun eklem içinde laterale doğru kaymasına sebep olan, sindesmozda açılmaya sebep olan, eklem içinde serbest fragman gözlenen kırıklar cerrahi olarak tedavi edilir. 5. metatars'ın avülsiyon kırığı genellikle konservatif olarak, 4-5 haftalık diz altı alçı ile tespit edilerek ilk 2-3 hafta ayağa yük vermeden tedavi edilir(14).

Tüm ayak bileği bağ yaralanmalarında İngilizce kısaltması "RICE" (rest-ice-compression-elevation) olan tedavi uygulanır. Ayak bileği bandajla sarılıp kompresyon uygulanır, yukarıya kaldırılır, ayak bileği dinlendirilip üzerine buz veya soğuk uygulama yapılır. Eğer bağlar tam kopmuşsa RICE uygulanır ve şişlik inmeye başladığında en az 3 haftalık kısa bacak alçısı uygulanır ve alçı alındıktan sonra en az 6 hafta eklem desteklenir. Tibiofibular sindesmoz bağlarının yaralanması mutlaka diz altı kısa bacak alçısı ile yapılmalıdır ve en az 5 hafta sürmelidir. Deltoid ligaman yaralanmasıda konservatif olarak 3 haftalık alçı ile tespit edilir. Bağ yaralanmalarında kırığı dışlamak için direk grafi çekilmelidir(14).

Aşil tendon rüptürünün tedavi, konservatif olarak tedavi edilse de rerüptür oranı cerrahi olarak tedavi edilenlerden fazladır. Peroneal tendonun subluksasyonu ve dislokasyonu ise 6 hafta süreyle ayak bileğini 30 derece plantar fleksiyonda tutan kısa bacak alçısıyla konservatif olarak tedavi edileblir. Profesyonel sporcularda erken dönemde cerrahi tedavi uygulanabilir. Tibialis posterior tendonu ayağın longitüdinal arkı taşıyan tendondur. Bu tendonun hasarlarında akut durumda cerrahi tercih edilirken, kronik durumlarda ise rekonstrüksiyon yöntemleri tercih edilir(14).

SONUÇ

Hastalar aile hekimlerine kas ve iskelet yakınmaları ile sıklıkla başvurmaktadır. Aile hekimleri bu durumları yönetebilmelidir. Açık kırıklar gibi bazı durumlar acilen ortopedi uzmanına sevk gerektirebildiği gibi, aile hekimi tarafından konservatif tedavilerle yönetilebilecek durumlar da mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Kas, iskelet, kas-iskelet ağrıları, kas-iskelet hastalıkları, kas-iskelet sistemi

Kaynaklar

1. Rakel RE. AİIe Hekimliği (Dokuzuncu Baskı) (Esra SAATÇİ Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2016.
2. Monica J, Vredenburgh Z, Korsh J, Gatt CJAfp. Acute Shoulder Injuries in Adults. American Family Physician. 2016;94(2):119-27.
3. Kane P, Bifano SM, Dodson CC, Freedman KBJTP, sportsmedicine. Approach to the treatment of primary anterior shoulder dislocation: a review. 2015;43(1):54-64.
4. Mathiasen R, Hogrefe CJCrimm. Evaluation and management of rotator cuff tears: a primary care perspective. 2018;11(1):72-6.
5. AVŞAR Ü. Birinci Basamakta Dirsek Ağrısı, El ve El Bileği Şikâyetleri. Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2013;4(4):41-5.
6. Kane SF, Lynch JH, Taylor JC. Evaluation of elbow pain in adults. American family physician. 2014;89(8):649-57.
7. Daniels JM, 2nd, Zook EG, Lynch JM. Hand and wrist injuries: Part I. Nonemergent evaluation. American Family Physician. 2004;69(8):1941-8.
8. Daniels I, James M, Zook EG, Lynbch JM. Hand and wrist injuries: Part II. Emergent evaluation. American Family Physician. 2004;69(8):1949-56.
9. Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. American Family Physician. 2014;89:27-34.

10. Güven M, Akman B, Aksu BÇ. Kalça ekleminde fizik muayene ve radyolojik değerlendirme. TOTBİD Dergisi. 2015;14:1-26.
11. Bunt CW, Jonas CE, Chang JG. Knee Pain in Adults and Adolescents: The Initial Evaluation. American Family Physician. 2018;98(9):576-85.
12. AŞık M, Akpınar S, Göksan A, Taşer Ö. Arka çapraz bağ instabiliteleri. Acta Orthop Traumatol Turc. 1995;29:449-54.
13. KARLI M. Meniskus Lezyonlarında Klinik Belirtiler. Acta Orthop Traumatol Turc 22, 203-204, 1988. 1998;22:203,4.
14. Berkman M, Kılıçoğlu Ö. Akut Ayak Bileği Yaralanmalarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;2(1):5-13.