

LATERAL EPİKONDİLİTTE ARTROSKOPİK GEVŞETME (OLGU SUNUMU)

Sercan AKPINAR*, **Murat A. HERSEKLİ****
Hüseyin DEMİRÖRS***, **Reha N. TANDOĞAN******

ÖZET

Konservatif tedaviye cevap vermeyen lateral epikondilitin tedavisi için literatürde en az 10 farklı cerrahi teknik tarif edilmiştir. Extensor carpi radialis brevis tendonunun artroskopik gevşetilmesi son zamanlarda uygulanmaya başlanmıştır. Artroskopik tedavinin avantajları arasında birlikte olabilecek eklem içi patolojilerin görülebilmesi, ekstensör mekanizmaya zarar vermemesi, hastalık öncesi aktivite seviyesine hızlı dönüş sayılabilir. Bu çalışmada artroskopik gevşetme uyguladığımız bir inatçı lateral epikondilit olgusu sunulmaktadır. 40 yaşında erkek hasta altı yıl süren dirsek ağrısı ve toplam bir yıl olmak üzere çeşitli zamanlarda fizik tedavi öyküsü bildirdi. Fizik muayenede sağ dirsek extensor communis tendonunun lateral epikondile yapışma yerinde ağrı ve çekilen manyetik rezonans görüntüsünde extensor communis tendonunun lateral epikondile yapışma yerinde dejenerasyon ve parsiyel yırtık ile beraber tendon çevresinde ve eklem mesafesinde sıvı artışı saptandı. Hastaya extensor carpi radialis brevisin artroskopik gevşetilmesi uygulandı. Ameliyat sonrası 10 uncu ayda yapılan muayene ve kontrolde hastanın tam dirsek hareketlerine sahip olduğu ve günlük yaşantısını ağrısız ve kısıntısız devam ettirdiği gözlemlendi. Sonuç olarak, lateral epikondilitin artroskopik gevşetilmesi güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: *Lateral Epikondilit, Dirsek Artroskopisi.*

SUMMARY

ARTHROSCOPIC RELEASE OF THE LATERAL EPICONDYLITIS (A case report)

Numerous surgical procedures have been used to address lateral epicondylitis of the elbow. Here

reported is a case of refractory lateral epicondylitis who underwent arthroscopic release.

A 40-year-old male patient presented right elbow pain lasting six years. His pain did not respond to conservative treatment modalities. Magnetic resonance imaging demonstrated partial tear and degeneration of the common extensor tendon at the insertion site on lateral epicondyle. We performed arthroscopic release of the extensor carpi radialis brevis tendon. Short-term (10-month) result and patient satisfaction have been excellent. We conclude that arthroscopic release of the extensor carpi radialis brevis tendon in patients with refractory lateral epicondylitis can be performed safely and effectively.

Key Words: *Lateral Epicondylitis, Elbow Arthroscopy.*

GİRİŞ

Lateral epikondilit veya tenisçi dirseği, ilk defa 126 yıl önce Runge tarafından tarif edilmiştir¹. Günümüzde bu hastalığın patofizyolojisi ve tedavisi konusundaki çelişki devam etmektedir. Hastaların çoğu konservatif tedaviye cevap verirken, %5 ile %10'unda kronik semptomlar gelişmektedir¹⁻⁵. Bu hastalarda, günlük yaşantılarını kısıtlayan ağrı ve disfonksiyondan dolayı cerrahi müdahale gerekmektedir¹⁻⁵.

Lateral epikondilit tedavisi için birçok cerrahi teknik tarif edilmiştir¹⁻⁸. Ancak bu inatçı rahatsızlığı tedavi eden tekniklerin hiçbiri birbirine üstün değildir. Yakın zamanlarda, bu problemin tedavisinde dirsek artroskopisinin rolü vurgulanmıştır⁹. Bu çalışmanın amacı extensor carpi radialis brevis (ECRB) tendonunun artroskopik teknik ile gevşetilmesini tarif etmek ve bu teknik ile tedavi edilmiş bir olguyu sunmaktır.

* Yrd. Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi.

** Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi.

*** Yrd. Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Ankara Hastanesi.

**** Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı Ankara Hastanesi.

OLGU SUNUMU

40 yaşında erkek hasta sağ dirsek ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 6 yıldır sağ dirsek ağrısı olan hasta daha önce 3 kez kortikosteroid içeren iğne yaptırdığını ve aralıklı olarak toplam 12 ay fizik tedavi gördüğünü bildirdi. Hastanın fizik muayenesinde sağ humerus lateral epikondil üzerinde lokal hassasiyet ve el bileği ekstansiyonunda ağrı ve ağrıya bağlı kuvvet azalması saptandı. Hastanın çekilen iki yönlü direkt radyografilerinde bir özellik yoktu. Çekilen Magnetik Rezonans görüntüleme tekniğinde extensor communis tendonunun lateral epikondile yapışma yerinde dejenerasyon ve parsiyel yırtık ile beraber tendon çevresinde ve eklem mesafesinde sıvı artışı saptandı (Şekil 1). Hastaya cerrahi tedavi önerildi ve artroskopik gevşetme uygulandı.

Cerrahi Teknik

Hasta genel anestezi altında yüzüstü (pron) pozisyona getirildi. Artroskopi sırasında kansız ortam sağlamak için hastanın koluna pnömatik turnike uygulandı. Hasta yüzüstü yatarken dirsek 90° fleksiyona gelecek şekilde pozisyon verildi. Bu pozisyon Poehling ve ark.¹⁰ tarafından tarif edilmiş olup herhangi bir desteğe veya traksiyona ihtiyaç göstermeden değişik giriş yollarının uygulanmasına imkan sağlamaktadır (Şekil 2). Ayrıca, artroskopi sırasında dirseğin tüm hareket aralığını elde etmek mümkündür.

Dirsek eklemi posterolateral yumuşak üçgenden No. 18 spinal iğne ile girilerek 30 ml serum fizyolojik ile şişirildi. Bunun amacı nörovasküler yapıları öne iterek, giriş yolundan uzaklaştırmaktır. Daha sonra proksimal medial giriş yolu medial epikondilin 2 cm proksimalinde işaretlendi.



Şekil 1: MRI extensor communis tendonunda parsiyel yırtık ve dejenerasyon göstermektedir.

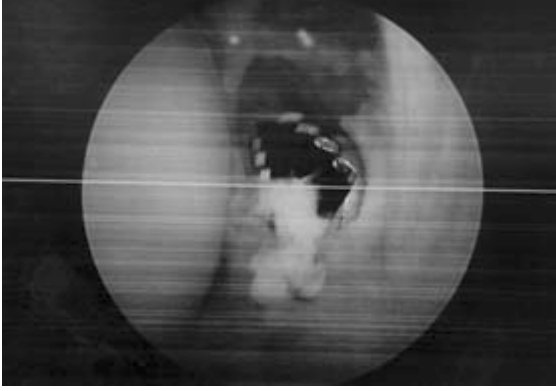


Şekil 2: Hasta yüzüstü yatarken dirseğin pozisyonu görülmektedir.

Standart No. 11 bistüri bıçağı ile ciltte 2-3 mm insizyon yaptıktan sonra küçük bir hemostat yardımıyla cilt ve ciltaltının künt disseksiyonu yapıldı. Daha sonra, humerus distalinin ön yüzeyi hissedilerek künt bir trokar ile eklem girildi ve 4.0-mm, 30° artroskop eklem yerleştirildi. Anterolateral giriş yolu ise spinal iğne yardımıyla direkt görerek açıldı (Şekil 3). Eklem tamamı artroskop ile incelendi ve eklem içi ilave bir patoloji saptanmadı. Artroskop proksimal medial portalde iken lateral kapsül ve ECRB tendonu görüldü. ECRB tendonunun iç yüzü incelendiğinde aşınma ve dejenerasyon saptandı. 4.5 mm'lik sinovial rezektör lateral portalden yerleştirildi ve ECRB tendonu lateral epikondildeki insersiyon yerine doğru debride edildi (Şekil 4). Tendon debride edildikten sonra, lateral epikondil 4.5 mm'lik yuvarlak burr kullanarak dekortike edildi. İşlem bittikten sonra eklem içine bir adet mini-hemovac dren kondu. Dirsek kompresif bandaj ile sarıldıktan turnike havası boşaltıldı.



Şekil 3: Artroskop ve motorize aletin artroskopi sırasındaki görüntüsü.



Şekil 4: ECRB'in shaver ile debridmanı.

Ameliyat Sonrası Bakım

Hastaya ilk 24 saat intravenöz 2. kuşak sefalosporin (sefazolin) ve intramusküler nonsteroidal antiinflamatuvar (Diclofenac sodium) verildi. Hasta bir gece hastanede yatırıldıktan sonra ertesi gün sabah dreni çıkartılıp taburcu edildi. İlk 3 hafta ağrısı izin verdiği kadarıyla erken aktif dirsek hareketlerine başlandı. 3'üncü haftadan sonra tedrici olarak arttırılarak aktif resistif hareketlere izin verildi. 6'ncı haftada hasta hastalık öncesi aktivite seviyesine döndü. Ameliyat sonrası 10'uncu ayda yapılan muayene ve kontrolde hastanın tam dirsek hareketlerine sahip olduğu ve günlük yaşantısını ağrısız ve kısıntısız devam ettirdiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Lateral epikondilit hastalarının %90-95'i konservatif tedaviye iyi cevap vermektedirler¹⁻⁵. Hastalara öncelikle konservatif tedavi modaliteleri (oral antiinflamatuvarlar, lateral epikondilit breysi, lokal steroid enjeksiyonu, rehabilitasyon) uygulanmalıdır. Şikayetlerin başlangıcından itibaren bir sene geçmesine karşın konservatif tedavi modalitelerine cevap vermeyen, dirençli hastalarda cerrahi tedavi söz konusu olabilmektedir¹⁻⁵.

Lateral epikondilitin cerrahi tedavisi için literatürde en az 10 farklı cerrahi teknik tarif edilmiştir. Bosworth¹¹ lateral epikondilitteki semptomların extensor communis orijininin tendinitine ve ligamentum orbicularisteki sıkışmaya bağlı olduğunu iddia etmiştir. Lateral epikondilit tedavisi

için birbirine benzer 4 teknik tarif etmiştir. Ligamentin ve extensor communis orijininin rezeksiyonunun dirsekte instabiliteye yol açmadığını belirtmiştir. Gardner⁵ extensor communis tendonundaki akut veya kronik yırtıkları tamir etmeyi ve kısaltmayı önermiştir. Extensor communis orijininin kapsülü ve ligamentum radialis collateralisi de dahil ederek rezeksiyonunu ve yumuşak dokuları dikmeden önce lateral epikondili, spongioz kemiğe kadar traşlamayı önermiştir. Boyd ve McLeod², extensor communis orijininini gevşetip, annuler ligamentin proksimal kısmını, bursayı ve sinoviyal katlantıyı eksize ederek modifiye Bosworth III işlemini kullanmışlardır. Coonrad ve Hooper⁴ extensor tendonun yırtılmış veya skarlaşmış kısmını rezeke edip mümkünse daha sonra sütüre etmişlerdir. Stovell ve Beinfield⁶ ECRB nin elbileğine yakın muskületendinöz bölgesinde distal Z-tipi tenotomiyi tarif etmişlerdir. Nirschl ve Pettrone¹ ECRB i eksize edip tamir etmeden önce ECRB i ekspoz eden spesifik bir cerrahi teknik kullanmışlardır. Aynı zamanda hastaların %11'inde ilave intraartiküler patoloji saptamışlardır. Bu işlemi basitleştirmek için Baumgard ve Schwartz⁷ extensor communis orijininin perkütan rezeksiyonunu önermişlerdir. Calvert ve ark.³ extensor carpi radialis longusu koruyarak extensor communis orijininini kesen bir işlem tarif etmişlerdir. Son olarak Verhaar ve ark.⁸ tüm extensor communis orijininini basit gevşetilmesini tavsiye etmişlerdir.

Lateral epikondilitte cerrahi tedavi, hastada oluşturabileceği morbidite riskinden dolayı, en son düşünülmesi gereken işlemdir. Literatürde, tekniğin tipine bakılmaksızın iyi sonuçlar tarif edilmesine rağmen, enaz invaziv olan, aynı anda intraartiküler patolojileride tedavi eden, extensor communis mekanizmasını bozmayan, hastalık öncesi aktivite seviyesine en hızlı dönüşü sağlayan ve en az komplikasyona sahip olan cerrahi teknik en mükemmel seçenek olacaktır.

Lateral epikondilitin cerrahi tedavisinde esas amaç, patolojik materyali eksize edip, lokal kanama odakları oluşturup nerovaskülarizasyonu uyarmak ve etraf dokulara en az zararı verirken, sağlıklı bir skar dokusu oluşturmaktır¹². Tenisçi dirseği olan hastaların üçte birinde ilave olarak extensor digitorum communis yapışma yeri tutulsa da esas patoloji ECRB tendonunun yapışma yerindedir¹². Dolayısıyla, ECRB tendonuna uygulanacak bir girişim tedavi amacına yönelik olacaktır.

Dirsek artroskopisi teknik olarak zor bir işlemdir. Tanısal artroskopiye ek olarak, serbest cisim

çıkartma, osteofit eksizyonu, sinovektomi ve hatta radius başı eksizyonu gibi indikasyonlar bildirilmiştir^{13,14}. Lateral epikondilitin artroskopik tedavisi teknik olarak zor bir işlem olmasına karşın en az invaziv bir tedavi seçeneğidir. Artroskopi işlemi sırasında eklem içinin görüntülenmesi de sağlandığından, eklem içi patolojilerin (sinovit, kıkırdak lezyonu gibi) eşzamanlı tedavisi de mümkün olabilmektedir. Ayrıca, girişim eklem içinden uygulandığından, extensor communis mekanizmasında hasara uğramamaktadır. Böylece, hastanın hastalık öncesi aktivite seviyesine dönüşü daha hızlı olabilmektedir. Şimdiye kadar literatürde sadece Kuklo ve ark.⁹ tenisçi dirseğinde ECRB tendonunun artroskopik gevşetilmesini tarif etmişler ve 50 olguluk serilerinde mükemmel sonuç ve hastalık öncesi aktivite seviyesine daha hızlı dönüş bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda hemen ameliyat sonrası erken aktif hareketlere başlanmış ve hasta ameliyat sonrası 6'ncı haftada günlük yaşam aktivitesine dönmüştür.

Sonuç olarak, ECRB in artroskopik gevşetilmesi dirsek artroskopisinin diğer indikasyonları kadar güvenli bir işlemdir. İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar için uzun dönem takipli klinik çalışmalar gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Nirschl RP, Pettrone FA. Tennis elbow. The surgical treatment of lateral epicondylitis. *J Bone Joint Surg* 1979; 61A: 832-839.
2. Boyd HB, McLeod AC. Tennis elbow. *J Bone and Joint Surg* 1973; 55A: 1183-1187.
3. Calvert PT, Allum RL, Macpherson IS, Bentley G. Simple lateral release in treatment of tennis elbow *J R Soc Med* 1985; 78: 912-915.
4. Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow: its course natural history, conservative and surgical management. *J Bone Joint Surg* 1973; 55A: 1177-1182.
5. Gardner RC. Tennis elbow: Diagnosis, pathology and treatment. Nine severe cases treated by a new reconstructive operation. *Clin Orthop* 1970; 72: 248-253.
6. Stovell PB, Beinfield MS. Treatment of resistant lateral epicondylitis of the elbow by lengthening of the extensor carpi radialis brevis tendon. *Surg Gyn Obstet* 1979; 149: 526-528.
7. Baumgard SH, Schwartz DR. Percutaneous release of the epicondylar muscles for humeral epicondylitis. *Am J Sports Med* 1982; 10: 233-236.
8. Verhaar J, Walenkamp G, Kester A, van Mameren H, van der Linden T. Lateral extensor release for tennis elbow. A prospective longterm follow-up study. *J Bone Joint Surg* 1993; 75A: 1034-1043.
9. Kuklo RT, Taylor KF, Murphy KP, Islinger RB, Heekin RD, Baker CL. Arthroscopic release for lateral epicondylitis: A cadaveric model. *Arthroscopy* 1999; 15: 259-264.
10. Poehling GG, Whipple TL, Sisco L, Goldman B. Elbow arthroscopy: a new technique. *Arthroscopy* 1989; 5: 222-224.
11. Bosworth DM. Surgical treatment of tennis elbow. A follow-up study. *J Bone Joint Surg* 1967; 47A: 1533-1536.
12. Kraushaar BS, Nirschl RP. Tendinosis of the elbow (Tennis elbow)- current concepts review. *J Bone Joint Surg* 1999; 81-A: 259-278.
13. Rupp S, Tembelhof S. Arthroscopic surgery of the elbow: Therapeutic benefits and hazards. *Clin Orthop* 1995; 313: 140-145.
14. Ekman EF, Poehling GG. Arthroscopy of the elbow. *Hand Clin* 1994; 10: 453-460.