

# Omuz Sıkışma Sendromunun Ender Bir Nedeni: Os Akromiale

## A Rare Cause of Shoulder Impingement Syndrome: Os Acromiale

Nihal ÖZARAS\*, Şafak GÜNAYDIN\*\*, Muharrem ÇİDEM\*, Memduh DURSUN\*\*\*

\*Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

\*\*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

\*\*\*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı, İstanbul

### Özet

Os akromiale skapular akromial sekonder ossifikasyon merkezlerinin birleşme kusurundan kaynaklanır. Genellikle rastlantısal radyolojik bir bulgudur; ancak semptomatik os akromiale de bildirilmektedir. Rotator manşon hastalığıyla beraber olabilir; rotator manşon hasarı olmadan sıkışma sendromu oluşturması nadir olarak tanımlanmıştır.

Os acromiale'nin tedavisi tartışmalıdır. Rotator manşon güçlendirme, germe egzersizleri, antiinflamatuar ilaçlar ve steroid enjeksiyonlarını içeren konservatif tedavi ve fayda sağlanmazsa cerrahi girişimler önerilmektedir.

Birleşmemiş os akromiale'ye sekonder gelişmiş omuz sıkışma sendromu olan bir hasta sunduk. Os akromiale sıkışma sendromu tanısında akla gelmelidir. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2006;52(2):88-89*

**Anahtar Kelimeler:** Os akromiale, sıkışma sendromu, omuz

### Summary

Os acromiale results from the failure of fusion of the scapular acromial secondary centers of ossification. It is usually an incidental radiological finding but, symptomatic os acromiale has been also reported. It has been associated with rotator cuff disease; impingement syndrome without rotator cuff tearing has been less commonly described.

The treatment of os acromiale is controversial. Conservative treatment with rotator cuff strengthening, stretching exercises, anti-inflammatory medications and steroid injections and if it fails surgical intervention is recommended.

We reported a patient with shoulder impingement syndrome secondary to an unfused os acromiale. Os acromiale should be considered in the diagnosis of impingement syndrome. *Turk J Phys Med Rehab 2006;52(2):88-89*

**Key Words:** Os acromiale, impingement syndrome, shoulder

### Giriş

Akromial apofiz 4 ayrı ossifikasyon merkezinden gelişir. Basi-akromion 12 yaşında skapula ile birleşirken 15-18 yaşında pre-akromion, meso-akromion, meta-akromion adı verilen diğer 3 merkezden herbiri medialindeki parça ile birleşir. Bu ossifikasyon merkezlerinden birindeki birleşme kusuru nedeniyle ortaya çıkan aksesuar kemiğe "os akromiale" denir. En sık görülen tipi meso-akromiondur (1,2). Genel populasyonda prevalansı %1,4-15'tir; erkeklerde ve siyah ırkta daha sık olduğu bildirilmiştir (3). Yüzde 33-62 oranında bilateral görülür (4). Os akromiale genellikle asemptomatik olmakla beraber sıkışma sendromu oluşturabilir (5).

Bu yazıda omuz kısıtlılığı ve sıkışma sendromu bulguları ile polikliniğimize başvuran ve os akromiale saptanan bir olgu sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

Elli yaşında kadın hasta 3 aydır süren omuz ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Daha önce birkaç doktor tarafından görülen ve çeşitli ilaçlar kullanan hasta, bu ilaçlardan fayda görmediğini, son zamanlarda omuz hareketlerinin kısıtlandığını ve günlük aktivitelerini yapmakta güçlük çektiğini ifade etti. Hasta ağrısının hareketle artıp istirahat ile azaldığını, gece-gündüz devam ettiğini ve bazen uykudan uyandıracak kadar şiddetli olduğunu bildirdi.

Onbeş yıldır diabetes mellitus (DM) olan hasta önceleri oral antidiyabetik kullanırken son bir yıldır insülin kullanmaktaydı.

Muayenesinde servikal bölge eklem hareket açıklığı (EHA) tam ve ağrısızdı. Sol omuz aktif EHA'ları abduksiyon 75°, fleksiyon 105°, ekstansiyon 20°, 75° abduksiyonda ölçülen internal rotasyon 40° ve eksternal rotasyon 10° olarak ölçülen hastanın pa-

sif EHA'ları da benzer sınırlardaydı ve şiddetli ağrı nedeniyle zorlanamıyordu. Neer ve Hawkins provokatif sıkışma testleri de ağırlıydı. Hastanın lokomotor sistem ve nörolojik muayenesinde başka özellik yoktu.

Hastanın daha önce çekilen anteroposterior (AP) grafisinde herhangi bir patolojik bulgu görülmedi. Olası yumuşak doku patolojilerini tesbit edebilmek için magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı. MRG'de os akromiale tesbit edildi, eşlik eden herhangi bir patoloji yoktu (Resim 1).

Hastaya miyorelaksan ve analjezik-antiinflamatuvar ilaçlardan oluşan medikal tedavi verildi. Omuz bölgesine 20 seans sıcak paket, TENS ve ultrason uygulandı; omuz kuşağı güçlendirme, eklem hareket açıklığı ve germe egzersizleri verildi. Ancak hasta bu konservatif tedavi programından fayda görmedi; şiddetli ağrısı ve hareket kısıtlılıkları devam ediyordu. Bunun üzerine cerrahi girişim açısından değerlendirilmesi amacıyla Ortopedi polikliniğine yönlendirildi.

## Tartışma

Os akromiale genellikle grafilerde rastlantısal olarak saptanır, semptomatik olguların insidansı bilinmemektedir (6). Genetik geçişli olabileceği bildirilmektedir (7).

Os akromialenin şekli ve büyüklüğü olgularda farklıdır. Akromion ile bağlantısı da farklılık gösterir; sinoviyal eklem, fibrokartilagenoz sinkondroz veya kemik köprü şeklinde olabilir (4).

Os akromiale 3 şekilde sıkışma sendromuna neden olabilir: 1- Akromionun çengel şeklini oluşturmasına katkıda bulunarak, 2- Stabil olmayan os akromialenin deltoid kontraksiyonu sırasında dinamik sıkışma oluşurmasıyla, 3- Os akromiale üzerinde gelişen osteofitin subakromial aralığı daraltmasıyla (5). Hastalarda eşlik eden rotator manşon hastalığı bulunabilir. Bildirilen olguda sıkışma sendromu için yapılan provokasyon testleri pozitif; MRG'de eşlik eden yumuşak doku patolojisi olmadığından semptom ve bulgulardan os akromiale'nin sorumlu olduğu düşünüldü.

Os akromiale aksiller lateral omuz grafisinde görülebilir. Anteroposterior omuz grafisinde "çift kontür" ya da supraspinatus çıkış grafisinde "kortikal düzensizlik" görülmesi os akromiale'yi düşündürmelidir (3). Os akromiale tanısı koymada, tipini belirlemede ve eşlik eden rotator manşon lezyonlarını tesbit etmede

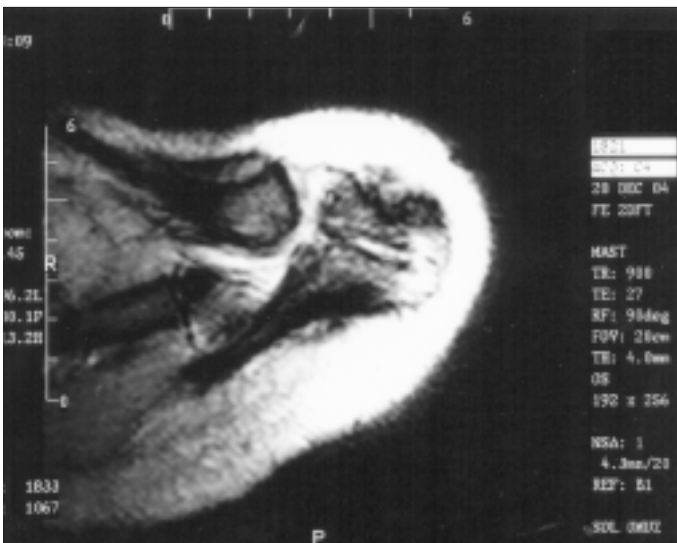
MRG kullanılır. Olguların büyük kısmında aksiyal MRG'de os akromiale görülebilir. Oblik-sagittal, oblik-koronal MRG kesitleri de tanı koymada değerlidir (5). Sunulan olguda anteroposterior omuz grafisi radyologlar tarafından da değerlendirildi; os akromiale görülemedi. Deneyimli kişiler tarafından bile düz grafilerde os akromiale'nin atlanabileceği bildirilmektedir (8). Hastada sıkışma sendromu bulguları vardı ve EHA ileri derecede kısıtlıydı, ağrısı da medikal tedaviye cevap vermiyordu. Bu nedenle MRG yapıldı ve mesoakromial tipte os akromiale saptandı.

Os akromiale tedavisi literatürde farklılıklar göstermektedir (2,6,9). Başlangıçta konservatif tedavi yöntemlerinin uygulanması, yanıt alınamayan olgularda ise cerrahi girişimler önerilmektedir (10). Literatürde bu olgularda konservatif tedavi ile cerrahi tedaviyi karşılaştıran geniş seriler bulunmamaktadır. Stabil olmayan os akromiale'li hastanın rotator manşon hastalığı açısından risk altında olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle akromionektomi, akromionoplasti, füzyonu oluşturmak için parçanın internal fiksasyonu gibi operasyonlar önerilmektedir (2). Kanüllü vida ve greftleme ile fiksasyon yapılan hastalarda klinik olarak düzelme sağlandığı bildirilmiştir (9). Küçük pre-akromionlar için parçanın çıkarılması ve deltoidin yeniden dikilmesi yeterli olurken daha büyük meso-akromionlar için geniş deltoid rekonstrüksiyonu gerekebilir (6). Sunulan hasta polikliniğimize başvurmadan önce 3 ay çeşitli miyorelaksan ve analjezik -antiinflamatuvar ilaçlardan oluşan medikal tedavi ile takip edilmişti. Kliniğimizde fizik tedavi ajanları ve egzersiz programı da uygulanarak konservatif tedaviye devam edildi. Ancak hastanın şikayetleri ve muayene bulgularında hiç düzelme sağlanamadı ve hasta cerrahi girişim açısından değerlendirilmesi için Ortopedi polikliniğine yönlendirildi.

Kronik omuz ağrısı ve sıkışma sendromu ile gelen hastalarda os akromiale ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olguların nadir görüldüğü ve düz grafide atlanabileceği hatırlanmalı; grafilerin deneyimli bir radyolog tarafından değerlendirilmesi sağlanmalı ve gerekirse MRG yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Edelson JG, Zuckerman J, Hershkovitz I. Os acromiale: anatomy and surgical implications. J Bone Joint Surg Br 1993;74:551-5.
2. Wright RW, Heller MA, Quick DC, Buss DD. Arthroscopic decompression for sıkışma syndrome secondary to an unstable os acromiale. Arthroscopy 2000;16:595-9.
3. Lee DH, Lee KH, Lopez-Ben R, Bradley EL. The Double Density Sign: A radiographic finding suggestive of an os acromiale. J Bone Joint Surg 2004;86:2666-70.
4. Sammarco VJ. Os acromiale: frequency, anatomy and clinical implications. J Bone Joint Surg Am 2000;82:394-399.
5. Mellado JM, Calmet J, Domenech S, Sauri A. Clinically significant skeletal variations of the shoulder and wrist: role of MR imaging. Eur Radiol 2003;13:1735-43.
6. Peckett WRC, Gunther SB, Harper GD, Hughes JS, Sonnabend DH. Internal fixation of symptomatic os acromiale: A series of twenty-six cases. J Shoulder Elbow Surg 2004;13:381-5.
7. Angel JL, Kelley JO, Parrington M, Pinter S. Life stresses of the free black community as represented by the first African Baptist church, Philadelphia. Am J Phys Anthropol 1987;74:213-29.
8. Akpınar S, Demirhan M, Akman Ş, Atalar AC. Os akromiale: Anatomi ve cerrahi indikasyonlar (olgu sunumu ve derleme). Acta Orthop Traumatol Turc 1998;32:69-72.
9. Şener M, Aydın H, Aynacı O. Os akromiale: Omuz sıkışma sendromunun nadir bir nedeni. Acta Orthop Traumatol Turc 2000;34:92-5.
10. Swain RA, Wilson FD, Harsha DM. The os acromiale: another cause of impingement. Med Sci Sports Exerc 1996;28:1459-62.



Resim 1. Os akromiale.