

ASKI İŞKENCESİNDE OMUZ ÇEVRESİ SORUNLARI

Sabri Dokuzoğuz*, Umut Bektaş**, Hilmi Uysal***, Levent Kutlu****

AMAÇ

Askı işkencesi uygulandığını beyan eden kişilerde omuz eklemi ve çevresi dokulardaki sorunların incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubunu, Türkiye İnsan Hakları Vakfı-Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne (TIHV-ATRM) 1995-1997 yılları arasındaki başvurulardan askı işkencesine maruz kaldığını beyan eden kişiler oluşturmuştur.

Bu olguların başvuru süreleri, her iki omuz için ayrı ayrı olmak üzere yakınmaları ve fizik muayene bulguları, hazırlanan formlara işlenmiştir. Hastaların tümünde direkt radyolojik incelemenin yanı sıra klinik bulgulara göre gereğinde ileri tetkik olarak elektromyografi (EMG) ve manyetik rezonans (MR) incelemeleri yapılmıştır.

Tedavi protokolünün ilk aşamasında tüm olgulara bir hafta süreyle immobilizasyon ve oral antiinflamatuvar uygulanmıştır. Cevap alınamayan olgularda ikinci aşama tedavi olarak 2 hafta süreyle fizyoterapi uygulanmıştır.

* Dr., TIHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi/Ortopedi ve Trav. Bölümü, Sevgi Hastanesi-Ankara

** Dr., Ortopedi ve Trav. Bölümü, Sevgi Hastanesi-Ankara

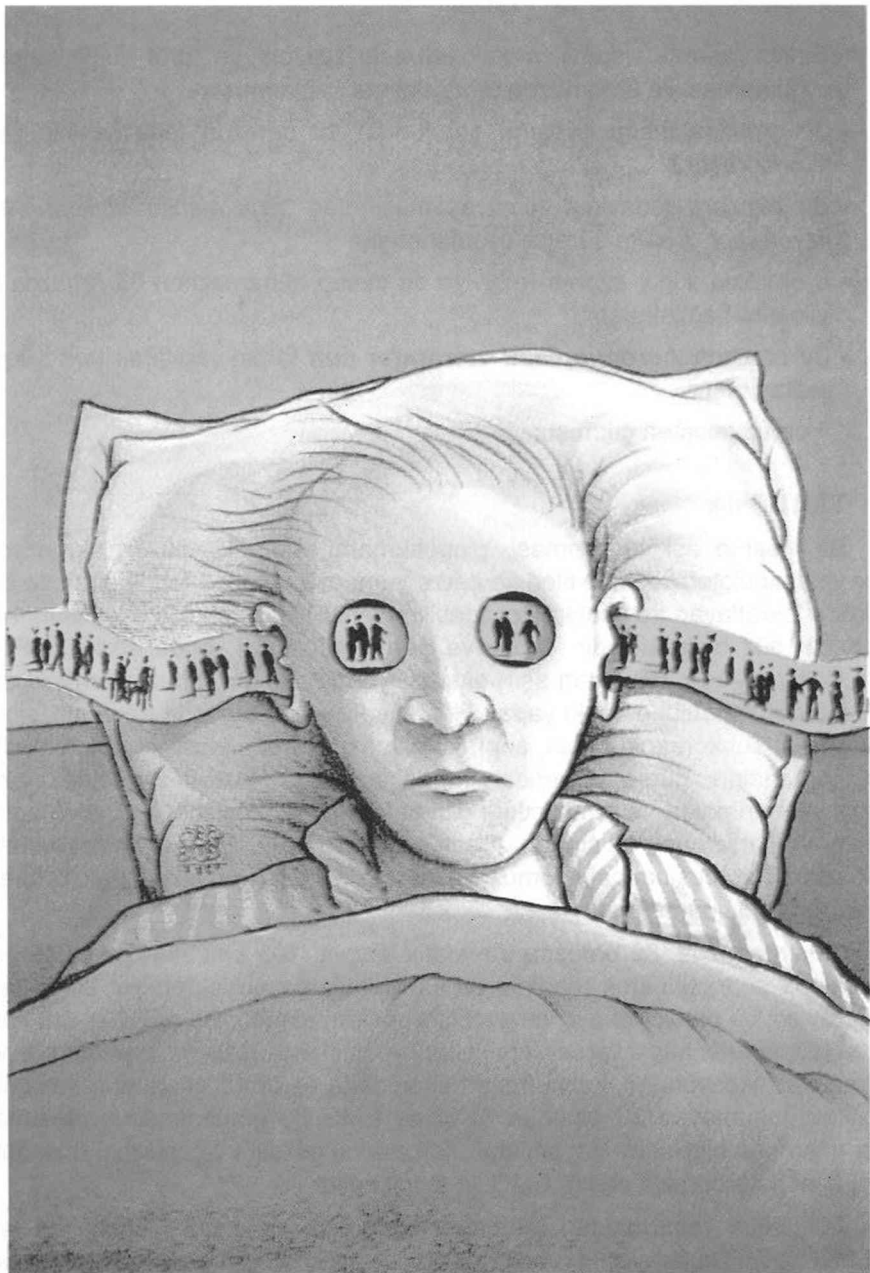
*** Dr., Nöroloji Bölümü, Sevgi Hastanesi-Ankara

**** Dr., TIHV Ankara Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi-Ankara

BULGULAR

Çalışma süresi içinde THV-ATRM'ye tümü erişkin yaş grubunda 68'i (%29.4) kadın, 163'ü (%70.6) erkek olmak üzere toplam 231 kişi başvurmuştur. Bu başvurulardan 67'si (%29) askı işkencesi gördüklerini beyan etmişlerdir. Çalışma kapsamında 17'si (25.4) kadın, 50'si (%74.6) erkek olmak üzere 67 olgunun 134 omuzu incelenmiştir.

- Başvuru süresinin 15 gün –15 yıl arasında değiştiği saptanmıştır.
- 67 olgunun tümünde, başvuru yakınmaları iki taraflı omuz ağrısı ve omuz hareketlerinde kısıtlılık olarak beyan edilmiştir.
- 27 olgu tek taraflı geçici felç tanımlamıştır.
- 3 olgu bilateral geçici felç tanımlamıştır.
- Bir olgu bilateral omuz ağrısı ve kısıtlılığına ek olarak tek taraflı el bileği ve parmaklarını oynatmama yakınmasıyla başvurmuştur.
- * Fizik muayenede 26 olguda (52 omuz) istirahat ağrısı olmadığı; 41 olguda istirahatte de bilateral omuz ağrısı olduğu saptanmıştır. Bu bulgular **travmatik sinovit** olarak değerlendirilmiştir.
- * Bütün olgularda muayene ve harekette ağrı olduğu tespit edilmiştir.
- * Bütün olguların her iki omuzunda da subacromial bursa muayenesinde ağrı saptanarak **subacromial bursit** tanısı konmuştur.
- * 103 omuzda **biceps tendiniti** saptanmıştır.
- * 132 omuzda **supraspinatus tendiniti** tanısı konmuştur.
- * 66 olguda bilateral 45°–90° arasında abduksiyon kısıtlılığı ve ağrılı abduksiyon saptanmıştır.
- * 134 omuz ekleminin direkt radyolojik incelemesinde herhangi bir patolojik bulgu gözlenmemiştir.
- * Geçici felç tanımlayan tüm olgularda N.medialis, N.radialis, N.musculocutaneus, N.ulnaris'in fizik muayene ile değerlendirilmiş olup sadece bir olguda tek taraflı pozitif bulgular saptanmıştır.
- * Geçici felç tanımlayan tüm olgularda her iki üst ekstremité EMG incelemesinde fizik muayene bulgularıyla uyumlu olarak bir olguda tek taraflı **nöropraksi** saptanmıştır. Bu olgu başvuru süresi kısa olan olgumuzdur.
- * Tedaviye cevap vermeyen 5 omuzda **impingement sendromu** düşünülmüştür. Ancak bir omuz MR çektirebilmiş, impingement sendromu ve rotator cuff kısmi yırtığı saptanmıştır.
- * İleri inceleme (EMG, MR) planlanan olgular, inceleme yöntemi hakkında tarafımızca bilgilendirilerek tetkike hazırlanmıştır.



- * Gözlemlerimiz sonucunda EMG ve/veya MR için hazır olmayan olgulara birkaç seans psikoterapi uygulanmıştır.
- Birinci aşama tedavi olarak immobilizasyon ve oral antiinflatuar uygulanması ile 94 omuzda tam iyileşme sağlanmıştır.
- 30 omuzda kısmi iyileşme görülürken 10 omuzda tedaviye hiç cevap alınmamıştır.
- Bu olgulara tedavinin ikinci aşaması olan "fizik ajanlar kullanmaksızın fizyoterapi" 2 hafta süreyle uygulanmıştır.
- 5 omuzda ikinci aşama tedaviye de cevap alınamazken 35 omuzda tam iyileşme sağlanmıştır.
- Bir omuzda **Acromioplasti ve rotator cuff** tamiri yapılarak tam iyileşme sağlanmıştır.
- 4 omuz takipten çıkmıştır.

TARTIŞMA

Bir insanın askıya alınması, glenohumeral, sternoklavikuler, akromiyoklavikuler ve skapulotorasik eklemleri ve çevre yumuşak dokuları tehdit eden ve belirli bir sürede tekrarlayan travmalara yol açabilir. Genellikle iki şekilde uygulanır: 1-Düz askı: Kollar düz bir şekildedir. Omuz ve çevresini aksiyal yönde etkiler. 2-Filistin askısı: Kollar arkada, omuzdan aşırı ekstansiyona zorlanır. Omuz ekleminin anterior ve inferior kapsülüne baskı yapar. Her iki şekilde de omuzda travmatik sinovit, subakromiyal-subkorakoid bursit, supraspinatus ve biceps tendiniti, rotator cuff ve tendon yırtılmaları, bursa ve tendon kalsifikasyonları, frozen shoulder, pleksus brakialis yaralanmaları ve omuz çıkığı gibi patolojilerin olabileceği bilinmektedir^{1,2}. Özellikle mekanizması açısından filistin askısından inferior çıkık beklenebilir. Ancak askı işkencesine bağlı omuz ve çevresinde ortaya çıkan patolojilere ait yazılı literatür bulunamamıştır.

Çalışmamızda, 82 omuzda travmatik sinovit, 103 omuzda biceps tendiniti, 132 omuzda supraspinatus tendiniti ve tüm olgularda subakromiyal bursit tespit edilmiş olması bu patolojilerin iç içe geçtiğini göstermektedir. Bu nedenle tüm hastalarda bu patolojilerin hepsi varsayılarak tedaviye başlandı. Çalışma grubunda tendon ve bursa kalsifikasyonuna, kalıcı frozen shoulder'a ve omuz çıkığına rastlanmadı. Geçici felç tanımlayan 33 olgunun 32'sinde EMG ile gösterilmemiş olmamakla birlikte anamnez bilgilerine dayanılarak nöropraksi geliştiği ve iyileştiği düşünüldü. Bir olguda ise nöropraksi varlığı EMG ile tespit edildi.

İleri tetkik yaptırmaktan mümkün olduğunca kaçınıldı. Çünkü ileri tetkik olan EMG ve MR'ın başvurularımızın psikolojik travmalarını derinleştirme ve/veya tekrar aynı travmaları yaşatma riski mevcuttu. Bu nedenle ileri tetkik yöntemleri kullanılmadan önce başvuru ile aramızda güven ilişkisinin çok iyi kurulmasını sağ-

lanmaya çalışıldı. MR'ın hücre olmadığını, EMG'nin ise elektrik işkencesi olmadığını detaylı bir şekilde anlatmamız ve onları inandırmamız gerekti. Tüm bu tedbirlere karşın bir başvurunun ilk EMG denemesinde kendisini elektrik işkencesinde zannetmesine engel olunamadı.

Çalışmamızda, genellikle konservatif tedavi tercih edildi. Antiinflamatuvar kemoterapi ile birlikte bir haftalık immobilizasyon olumlu sonuçlar almamızı sağladı. Fizyoterapi gerektiren olgularda işkenceyi anımsatabileceği için elektrikli fizik ajanlar kullanılmamaya özen gösterildi. Bu nedenle lokal ısıtıcılar ve soğutucular, zorlayıcı olmayan kas kuvvetlendirici eksersizler uygulandı. Elektrikli fizik ajan kullanılmasının gerekli olduğu çok az olguda hastanın bilgilendirilmesi ve gereğinde psikolojik destek ile kendisine bir zarar gelmeyeceğine inanması sağlandı.

Literatürde omuzun aksial ve ekstansiyon travmalarına ait çalışmalar çok az bulunmakla birlikte bazı toplumlarda bu tür travmalara sık rastlanabilir. Ancak omuz şikayetleriyle gelen hastalar çoğu zaman travmanın nasıl oluştuğunu söylemeyebilirler. Bu durumlarda hastanın askıya alınmış olabileceği akla gelmelidir. Bu tür hastalarda tedavinin ana unsuru güven ilişkisidir. Bu nedenle hastanın ifadesine, bizi kandırıyor olabileceği kuşkusu uyandırsa bile, kesinlikle inanmak gereklidir. Hastayla görüşme rahat bir mekanda ve uzun bir süre ayrılarak yapılmalıdır. Mümkün olduğunca hastayla doğrudan ücret ilişkisi içine girilmemeli, gerekli halde bu tür tedavileri yapmak üzere kurulmuş merkezlerle işbirliği yapılmalıdır.

SONUÇ

Omuz ağrısı ve hareket kısıtlılığı şikayetleriyle başvuran hastaların, kendileri beyan etmeseler bile askı işkencesine maruz kalmış olabilecekleri akla getirilmelidir. Bu hastaların ileri tetkik ve tedavilerinde işkenceyi anımsatabilecek yöntemlerden (EMG, MR, elektriksel fizik ajanlar) mümkün olduğunca kaçınılmalı; mutlaka gerekiyorsa, psişik sorunların belirgin hale gelmemesi için hastanın çok iyi hazırlanmasına (bir ekip çalışması ile) özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ege R. Omuz ve çevresi travmaları. Ege R, editor. Travmatoloji II. Cilt. 4. baskı. Ankara: Kadiođlu matbaası, 1989: 1304-1439.
2. Goldner JL. Muscle-tendon transfers: elbow and shoulder. Evarts C, editor. Surgery of the musculoskeletal system. 2. baskı. New York: Churchill Livingstone, 1990: 1593-1629