

## Omuz ağrısının nadir bir sebebi: Korakoklaviküler eklem

### A rare cause of shoulder pain: Coracoclavicular joint

Aysel Özaşlamacı, Ali Koç, Özgür Karabıyık, Serhat Tekerek

#### OLGU SUNUMU

#### Abstract

Coracoclavicular joint is an anatomical variation which is seen rarely. It is an articulation between conoid tubercle of the clavicle and the superior surface of the coracoid process of the scapula. It is mostly asymptomatic, rarely as in our case it may be symptomatic. Symptoms of the coracoclavicular joint are shoulder pain, brachialgia, limitation of movement in shoulder. In most symptomatic patients the response to conservative management including rest, analgesics and physical therapy is poor, surgical treatment may help complete resolution of symptoms. Our purpose was to present radiological findings of a case with coracoclavicular joint in a 49-year-old woman who was suffering from shoulder pain for a long time.

**Keywords:** Shoulder pain, scapula, clavicle, coracoid, coracoclavicular joint

#### Giriş

Korakoklaviküler eklem (KKE), klavikula ile skapula korakoid prosesi arasında, nadir görülen anatomik varyatif anormal bir eklemeleşmedir [1-3]. Çoğunlukla asemptomatiktir; ancak omuz ve kol ağrısı, kolda uyuşma, omuzda hareket kısıtlılığı gibi semptomlara yol açabilir [2].

Korakoklaviküler ekleme bağlı oluşan semptomların konservatif tedaviye az yanıt verdiği, cerrahi tedavi ile semptomların daha belirgin düzeldiği bildirilmiştir [4].

Bu yazıda, semptomatik bir KKE olgusunun radyolojik bulgularının sunumu ve bu antitenin tanınabilirliğinin artırılması amaçlanmıştır.

#### Olgu sunumu

Uzun zamandır sol kolunu kaldırmakla artan omuz ağrısı olan, sol omuz anteriorunda kemik çıkıntı hisseden 49 yaşındaki kadın hasta, hastanemize başvurdu. Sol omuz anteroposterior (AP) grafide klavikula distali inferiorunda, skapula korakoid prosesine doğru uzanan kemik çıkıntı görüldü [Resim 1].

Hastaya sol omuz bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. Aksiyal kesitlerde sol klavikula ile sol skapula korakoid prosesi arası mesafenin belirgin daraldığı ve burada eklemeleşme olduğu görüldü [Resim 2]. Üç boyutlu rekonstrükte BT görüntüleri ile KKE varlığı doğrulandı [Resim 3].



**Resim 1.** Sol omuz AP grafisi. Sol klavikula distali inferiorunda, skapula korakoid prosesine doğru uzanan kemik çıkıntı. AP: anteroposterior

Verilen oral anti-inflamatuvar tedavi ile semptomlarında hafif azalma olan hasta, cerrahi değerlendirme için bir üst merkeze yönlendirildi. Hasta cerrahi tedaviyi düşünmedi.

#### Tartışma

Omuz eklemi (glenohumeral eklem) insan vücudundaki en geniş hareket sınırları olan eklemdir. Omuz eklemi akromi-yoklaviküler, sternoklaviküler ve skapulotorasik eklemlerle

Bu çalışma 37. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde e-poster olarak sunulmuştur, 1- 6 Kasım 2016, Antalya, Türkiye.

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği (A.Ö., A.K., Ö.K.), Kayseri, Türkiye; Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği (S.T.), Van, Türkiye

Sorumlu Yazar:  
Aysel Özaşlamacı

E-posta:  
draysel@msn.com

©Telif Hakkı 2017 Türk Radyoloji Derneği - Makale metnine www.turkradyolojidergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2017 by Turkish Society of Radiology - Available online at www.turkradyolojidergisi.org



**Resim 2.** Aksiyal BT görüntüsü. Sol klavikula ile skapula korakoid prosesi arasındaki mesafede azalma ve bu düzeydeki eklemleşme.  
BT: bilgisayarlı tomografi



**Resim 3.** Üç boyutlu BT rekonstrüksiyon görüntüsü. Sol klavikula ile sol skapula korakoid prosesi arasında korakoklaviküler eklem.  
BT: bilgisayarlı tomografi

birlikte omuz kemerini oluşturur. Omuz eklem hareketliliği ve stabilitesi, birçok etkenin dengelenmesinin sonucudur.

Korakoklaviküler ligament, omuz eklem stabilitesini sağlayan statik etkenlerden biridir; birbirinden yağ dokusu veya bursa ile ayrılmış iki kısımdan oluşur. Trapezoid kısım lateralde klavikula alt yüzeyi ile skapula korakoid prosesini, konoid kısım medialde klavikula konoid tüberkülü ile skapula korakoid proses çatisını birbirine bağlar. Korakoklaviküler ligament, akromioklaviküler eklem başlıca stabilizandır, omuz eklemine geniş hareketleri önler, klavikula vertikal stabilitesini sağlayıp

omuzun bütün hareketlerine klavikulayı dahil eder. Korakoklaviküler mesafe ortalama 11-13 mm olup, buradaki nörovasküler yapıların zarar görmesini önler [1].

Korakoklaviküler eklem, korakoklaviküler ligament seviyesinde klavikula alt yüzeyi ile skapula korakoid prosesi arasında kemik çıkıntı içeren nadir anormal eklemdir. Sinovial, kartilajinöz veya fibröz eklem şeklinde olabilir [3].

Korakoklaviküler eklem ilk olarak 1861'de Gruber tarafından tanımlanmıştır [2]. KKE literatürde vaka sunumları şeklinde bildirilmiştir ya da osteolojik, kadaverik veya radyografik

çalışmalarda sıklığı araştırılmıştır. KKE sıklığı osteolojik çalışmalarda %0,7-%10, kadaverik diseksiyonlarda %1,7-%30, radyolojik çalışmalarda %0,04-%3 olarak bildirilmiştir [2]. Fisher ve ark.'nın yaptıkları radyografi çalışmasında insidansı %0,66'dır. Yine aynı araştırmacılar, kemik örneklerde ve postmortem çalışmalarda bu oranı %3,5 ve %5,4 olarak tespit etmişler ve radyografilerin KKE tespitinde güvenilir olmadığını düşünmüşlerdir [5]. Bazı KKE'lerde, artıklar fasetlerinde klavikuladaki kemik çıkıntı yoktur, bu yüzden radyografilerde insidans daha düşük çıkmaktadır [6]. Asemptomatik bilateral KKE'si olan olguda sinovial eklem bulgularını manyetik rezonans görüntüleme ile tanımlayan Şener ve ark. [3], osteolojik ve radyografik çalışmaların eklem ilişkisini, eklemi oluşturan kapsül ve sinovium gibi komponentleri değerlendiremeyeceği için kısıtlılıkları olduğunu belirtir. Yapılan çalışmalarda Asya'da KKE insidansının, Avrupa, Afrika ve Amerika'dan fazla olduğundan bahsedilir. Coğrafik göçün, edinsel ve çevresel faktörlerin, genetik farklılıkların da bu dağılımda etkisi olduğu düşünülür [5, 6].

Korakoklaviküler eklem edinsel olduğunu savunanlar mevcuttur. Şener ve ark. [3] KKE'nin, klavikula ile skapula korakoid prosesinin yakınlığına bağlı oluştuğunu savunur. Aydınlioğlu ve ark. [5] omuz hareketi sırasında korakoklaviküler ligamentin gerildiği, periosstun ligamentten ayrılıp, bu alanda ossifikasyon geliştirdiği, klavikula üzerinde anormal kemik çıkıntı oluşturduğunu belirtir. Faraj [1], eklem konjenital olduğunu ve bu yüzden sıklıkla bilateral görüldüğünü savunur.

Literatürde KKE'in, semptomatik olsun veya olmasın gerçek sıklığından daha az olarak bildirildiği düşünülmektedir. KKE çoğunlukla radyografilerde insidental olarak tespit edildiği için, klinik önemi tartışmalıdır. Çoğu asemptomatik olup çok azı semptomatiktir. Omuz ağrısı, ağrıya bağlı omuz hareketlerinde kısıtlanma, üst ekstremitede parestezi, ağrının kola, boyuna, göğüseye yayılması, KKE bölgesinde şişme, hassasiyet gibi semptomlar oluşturabilir. Sebep olduğu eklem hareket kısıtlılığının komşu eklemlerde osteoartrit oluşturabileceği veya kendisinde osteoartrit oluşabileceği tartışmalıdır [2]. Wertheimer, KKE varlığında, kol gerginken elin üzerine düşmede normalde olan tamponlayıcı mekanizmanın devre dışı kaldığını ve humerus boyun kırığına predispozisyon oluştuğunu savunur [1]. Buna karşın Nalla ve Asvat'a göre KKE, humerus cerrahi boyun kırığının neden olduğu anormal

klavikula fiksasyonunun sonucu olabilir [5, 7]. KKE ayırıcı tanısında osteokondrom ve posttraumatik miyozitis ossifikans düşünülmelidir [8].

Korakoklaviküler eklem oluşturdğu semptomlarda istirahat, anti-inflamatuar ve analjezik ilaçlar, fizyoterapi, floroskopi eşliğinde lokal steroid enjeksiyonu gibi konservatif tedavi ile düzelme nadirdir. Yaşlılarda, yüksek cerrahi riski bulunanlarda ve cerrahi tedaviyi düşünmeyen hastalarda konservatif tedavi kullanılabilir. Düşük başarı oranına rağmen konservatif tedavi, cerrahi tedavi öncesi tavsiye edilir. Klavikuladan aşağı uzanan kemik çıkıntının veya anormal eklem eksizyonu şeklindeki cerrahi tedavilerle semptomlarda düzelme bildirilmiştir [1, 2, 4, 9].

Korakoklaviküler eklem nadiren semptomatik olsa da, omuz ağrısı, omuz hareketlerinde kısıtlanma, kol ağrısı, kolda uyuşma gibi semptomların varlığında, görüntüleme yöntemlerinde KKE bulguları araştırılmalıdır.

**Hasta Onamı:** Sistemimizde kayıtlı iletişim bilgilerinden kendisine ulaşılamaması nedeni ile hasta onamı alınamamıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir – A.Ö., A.K., Ö.K., S.T.; Tasarım – A.Ö.; Denetleme – A.Ö.; Kaynaklar – A.Ö.; Malzemeler – A.Ö.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi – A.Ö., A.K., Ö.K., S.T.; Analiz ve/veya Yorum – A.Ö., A.K., Ö.K., S.T.; Literatür Taraması – A.Ö.; Yazıyı Yazan – A.Ö.; Eleştirel İnceleme – A.Ö.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Faraj AA. Bilateral congenital coracoclavicular joint. Case report and review of the literature. *Acta Orthop Belg* 2003; 69: 552-4.
2. Singh, VK, Singh PK, Trehan R, Thompson S, Pandit R, Patel V. Symptomatic coracoclavicular joint: incidence, clinical significance and

available management options. *Int Orthop* 2011; 35: 1821-6. [CrossRef]

3. Sener RN, Alper H, Sagtas E, Oyar O, Ustun EE. Bilateral synovial coracoclavicular joints: MRI demonstration. *Eur Radiol* 1996; 6: 196-8. [CrossRef]
4. Gibbs S, Merriman JA, Sorenson E, Hatch GFR. Surgical excision of a symptomatic congenital coracoclavicular joint. *Orthopedics* 2014; 37: 836-8. [CrossRef]
5. Aydınlioğlu A, Diyarbakırlı S, Akpınar F, et al. Coracoclavicular eklem. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 1996; 2: 38-42.
6. Das SS, Anita M, Neelam V. Morphometric Study of Clavicular Facet of Coracoclavicular Joint in Adult Indian Population. *J Clin Diagn Res* 2016; 10: AC08-AC11. [CrossRef]
7. Nalla, S, Asvat, R. Incidence of the coracoclavicular joint in South African populations. *J Anat* 1995; 186: 645-9.
8. Gupta M, Mittal MK, Thukral BB, Agarwal AK. Coracoclavicular joint: A rare entity. *Orthop Muscular Syst* 2015; 4: 196.
9. Cheung TFS, Boerboom AL, Wolf RFE, Diercks RL. A symptomatic coracoclavicular joint. *J Bone Joint Surg (Br)* 2006; 88: 1519-20. [CrossRef]