

İnferior Glenohumeral Dislokasyon (Luxatio Erecta): İki Olgu Sunumu

*Inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta): presentation
of two cases*

Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(3): 142-144

Durukan P¹, Yıldız M¹, Barik
A,² Kaya N¹, Yılmaz E²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Acil Tıp Anabilim Dalı

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

ÖZET

İnferior omuz çıkıkları, omuz çıkıklarının çok nadir görülen bir formudur. Çok tipik bir görünümü vardır; dirsek başın üzerinde ve kol hiperabduksiyondadır. Humerus abduksiyonda kilitlenmiş durumdadır. Sunumumuzda 2 hastada oluşan tek taraflı travmatik Luxatio Erecta olgusunun oluş mekanizmasını, tanı ve tedavisini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Inferior omuz çıkığı, luxatio erecta.

SUMMARY

Inferior dislocation of shoulder is a rare form of dislocation of the glenohumeral joint. It has a typical appearance; elbow is above the head and the arm is in hyperabducted position. Humerus is in a position that locked in fixed abduction. In our presentation, we aimed to discuss the pathophysiology, diagnosis and treatment of Luxatio Erecta by presenting two unilateral Luxatio Erecta cases.

Key words: Inferior shoulder dislocation, luxatio erecta.

İletişim Adresi

Dr. Polat DURUKAN

Erciyes Üniversitesi
Acil Tıp Anabilim Dalı, KAYSERİ
polatdurukan@yahoo.co.uk

Giriş

Humerus başının glenoid fossadan daha büyük olması nedeniyle hareket sınırları geniş olmakta, buna karşın stabilite daha az olmaktadır. Stabilitayı destekleyen yapılar glenoid labrum, rotator cuff (subskapularis, supraspinatus, infraspinatus ve teres minör), korakoakromiyal arkus ve biceps ile trisepsin uzun başlarıdır. Brakial pleksusun dalları glenohumeral eklemin anterior ve inferiorunda, aksiler sinir ise eklemin hemen inferiorunda bulunur.¹

Omuz çıkıklarının %95'i anterior olup bununda %50-70'i 30 yaş altındaki grupta izlenmektedir. Yirmi yaş altındaki primer omuz çıkıklarının %50-90'ı nüks etmekte, 30-40 yaşından sonra nüks oranı hızla düşüp %12'nin altına inmektedir. Anterior çıkık ile sinir lezyonu (kolun ana sinirleri veya aksiller sinir) olma ihtimali %5-14 arasındayken kemiksel lezyon olma ihtimali %38'e kadar yükselmektedir. 50 yaş üzerindeki hastalarda omuz çıkığına büyük tüberkül kırığı da eşlik edebilir. Büyük tüberkül kırığı varsa nüks ihtimali %4.5'dir. Bu yaş grubunda nüks ihtimalinin düşük olması oluşan skar dokusuna bağlanmıştır.¹

Omuz çıkıkları humerus başının bulunduğu yere göre dörde ayrılır: Öne (anterior) omuz çıkığı (%97), arkaya (posterior) omuz çıkığı (%2), aşağıya (inferior) omuz çıkığı, yukarıya (süperior) omuz çıkığı.²

Vücuttaki eklemler içinde en sık çıkığın gözleendiği glenohumeral eklem çıkıklarının sadece %0.5'i inferior dislokasyondur.^{3,4} Middeldorpf ve Scharm, ilk defa 1859'da inferior dislokasyonu tanımlamışlardır.⁵ Inferior omuz çıkığı, kol hiper ekstansiyonda iken humerus boyununun akromiyona dayanması sonucu kaldıraç etkisi ile humerus başının glenoid inferioruna çıkmasıdır.²

Sunumumuzda literatür eşliğinde bu çok az görülen olguların oluş mekanizması, tanı ve tedavisini tartışmayı amaçladık.

Olgu 1

32 yaşındaki erkek hasta hastanemiz acil servisine araç içi trafik kazası nedeniyle getirildi. Hasta omuz çıkığının oluş mekanizmasını hatırlamıyordu. Fizik muayenede hastanın sağ üst ekstremitesi 90°'nin üzerinde abduksiyonda ve dirsekten fleksiyonda idi. Omuz hareketi ileri derecede ağrılıydı. Humerus başı aksiler fossa içinde palpe ediliyordu. Etkilenen ekstremitenin muayenesinde arteriyel nabızlar kolaylıkla palpe edilebiliyordu, nörolojik hasar yoktu ve sinir muayeneleri doğaldı. Hastada rotator cuff yaralanması düşünülmedi. Fizik muayene sonucunda inferior omuz çıkığı düşünülen hastanın çekilen radyografisi ile tanı doğrulandı. Hastaya bölgesel aksiller blok anestezisi uygulanıp lokal anestezi altında traksiyon yöntemiyle kapalı redüksiyon uygulandı ve Velpeau bandajı yapılarak gözleme alındı. Redüksiyon sonunda komplikasyon gelişmemesi üzerine 24 saatlik gözlemi takiben 1 hafta sonra kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Olgu 2

63 yaşındaki erkek hasta 3 metre yüksekliğindeki damdan düştüğü söylenerek acil servise getirildi. Hasta damın kenarındaki parmaklıklarda bir süre asılı kalmış, sonra aşağı düşmüş. Düşükten sonra sağ kolunu aşağı indirmemiş. Yapılan fizik muayenede sağ omuzunda palpasyonla aşırı hassasiyet olduğu, sağ kolunun 120° abduksiyonda olduğu görüldü. Hastanın sağ ekstremitesinin distalinde nabızların alındığı, duyu muayenesinin normal olduğu, kolunu addüksiyona ge-



Resim 1. Sağ omuzda inferior dislokasyonu gösteren antero-posterior radyografi.

tiremediği görüldü. Humerus başı aksiler fossada palpe edilebiliyordu. Çekilen radyografide de humerus başının glenoid inferiorunda olduğu görüldü ve inferior omuz çıkığı düşünüldü. Genel anestezi altında traksiyon yöntemiyle kapalı redüksiyon yapılarak Velpeau bandajına alındı. Çekilen kontrol radyografi sonucunda anatomik redüksiyon yapıldığı tespit edildi ve poliklinik kontrolü önerilerek bir gün sonra taburcu edildi.

Hastaların 1 yıllık takipleri sırasında yeniden dislokasyon, avasküler nekroz ve nörovasküler bir patoloji ile karşılaşılmadı.

Tartışma

İnferior omuz çıkıkları, omuz çıkıklarının çok nadir görülen bir formu olup tüm omuz çıkıklarının %0.5'ini oluşturur. Bilateral olgular daha da nadir olup literatürde rapor edilmiş sadece sekiz olgu vardır.⁴ İnferior omuz çıkığının çok tipik bir görünümü vardır; dirsek başın üzerinde ve kol abduksiyonadadır. Humerus 110-160° abduksiyonda kilitlemiş durumdadır. Supraspinatus, infraspinatus ve teres minörün avulsiyonu neticesinde şiddetli yumuşak doku hasarı ile birlikte görülebilir.⁵ Fizik muayenede kol abduksiyonda olup, aksillada ekimoz ve şişlik görülebilir.⁴ Proksimal humerus fraktürleri de olaya eşlik edebilir. Sıklıkla brakial pleksus yaralanması ve aksiller arter trombozu da görülebilir. Humerus başının glenoid kavitenin inferiorunda radyografi ile gösterilmesi neticesinde klinik tanı doğrulanır. Artroskopide süperior labral yırtıklar gösterilebilir. Dislokasyonun redüksiyonu sedasyon ve analjezi yapıldıktan sonra elle yerine yerleştirme ve traksiyon ile kolayca sağlanır.⁵

Luxatio Erecta'nın birkaç komplikasyonu vardır. Tsuchida ve arkadaşları⁶ hastaların %60'ında aksiller sinir palsisi gibi geçici semptomlar, %37'sinde humerus fraktürü, %12'sinde rotator cuff yırtığı saptamışlardır. Aksiler sinir palsisi genellikle 2 haftadan 1 yıla kadar sürmektedir. Rotator cuff, omuzun dinamik stabilizatörüdür ve bazı deneysel anterior dislo-

kasyonlardan sonra yırtıldığı gösterilmiştir. Benzer şekilde inferior dislokasyonda da rotator cuff tahrip olabilir. Ancak her dislokasyon olgusu rotator cuff hasarı ile sonuçlanmaz.⁶⁻⁸ Bizim hastalarımızda damarsal, sinirsel yaralanmaya rastlanmamış ve rotator cuff yırtığı düşünülmemiştir. Tanıyı desteklemek için ek bir tetkik yapılmamıştır.

Ayrıca septik artrit, strok ve bazı nöromusküler hastalıklar gibi non travmatik durumlarda da inferior omuz çıkığı tarif edilmiştir.⁷

Tedavide en önemli seçenek genel anestezi veya intravenöz sedasyon ve analjezi ile kapalı redüksiyondur. Bazen de humerus başının glenohumeral ligament ve eklem kapsülü arasında kapalı redüksiyona izin vermeyecek kadar sıkıştığı durumda açık redüksiyon yapmak kaçınılmazdır.⁴ Bizim hastalarımızın her ikisinde de kapalı redüksiyon başarılı olmuş ve bir yıllık takipte komplikasyon oluşmamıştır.

Kaynaklar

1. Omuz yaralanmaları. Iversen LD, Swiontkowski MF (Eds.). Acil Ortopedik Girişimler El Kitabı. Ateş Y (Çev.Eds.), 4. Baskı, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001; 167-173.
2. Bölükbaşı S. Omuz Çevresi Kırık ve Çıkıkları. Atik OŞ, Yetkin H, Kaymak Ö, Bölükbaşı S, Altun NŞ, Cila E, Şener EE, Şimşek A (Editörler). Ortopedi ve Travmatoloji. 2. Baskı, Ankara, MedicoGraphics Ajans ve Matbaası, Hekimler Yayın Birliği. 1997; 280-296.
3. Uehara DT, Rudzinski JP. Injuries to the shoulder complex and humerus. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Eds). Emergency medicine. A comprehensive study guide 5th edition, NY: MacGrawhill, 2000;1783-1791.
4. Karaoğlu S, Güney A, Öztürk M, et al. Bilateral Luxatio Erecta Humeri. *Arch Orthop Trauma Surg* 2003; 123: 308-310.
5. Dussa CU. Inferior dislocation of shoulder (online). European Association of Radiology. URL: <http://www.eurorad.org/case.php?id=2165>
6. Tsuchida T, Yang K, Kimura Y, et al. Luxatio erecta of bilateral shoulders. *J Shoulder Elbow Surg* 2001; 10: 595-597.
7. Sonanis SV, Das S, Deshmukh N, et al. A true traumatic inferior dislocation of shoulder. *Injury* 2002; 33: 842-844.
8. Snyder BK. Luxatio Erecta. *J Emerg Med* 2001; 20: 83-84.