

Glenohumeral eklemin inferior çıkığı (luxatio erecta) Inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta)

Ozan F¹ Bora O A²

¹İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi , II. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Özet

Omuz, çıkığın en sık görüldüğü eklemdir. Çıkıklar öne, arkaya, yukarı ve aşağı yönde olabilir. Aşağı glenohumeral eklemin çıkığı (luxatio erecta) oldukça nadir görülür, genellikle kolun hiperabduksiyon tip yaralanması sırasında oluşur. Aşağı omuz çıkığının insidansı tüm omuz çıkıkları içerisinde % 0,5 oranındadır. Aşağı omuz çıkığının tipik bir klinik görünümü vardır. Hastanın eli baş seviyesinde yukarıda, dirsek fleksiyonda, kol abduksiyondadır. Humerus başı lateral göğüs duvarında palpe edilebilir. Klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde bir kadın olguya luxatio erecta tanısı kondu. Çıkığın redüksiyonu sedasyon ve analjezi altında, traksiyon ve karşı traksiyon uygulanarak yapıldı. Redüksiyon sonrası omuz velleau bandajı ile immobilize edildi. Travmadan 5 ay sonraki kontrolünde hastanın omuz hareketlerinin normal olduğu gözlemlendi. Olgu literatürde oldukça nadir görülmesinden dolayı sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Luxatio erecta, Inferior omuz çıkığı, kapalı redüksiyon.

Summary

Shoulder joint is the most luxatable joint. Luxation may take place either anterior, posterior, superior or inferior. Inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta) is rarely encountered, usually caused by a hyperabduction injury to the arm. The incidence of luxatio erecta has been estimated to be 0.5% of all shoulder dislocations. The clinical presentation of luxatio erecta is characteristic, with the arm elevated and the forearm fixed, resting on the head. The humeral head is palpable on the chest wall. A woman with luxatio erecta humeri, diagnosed clinically and then confirmed radiologically. Closed reduction was achieved by applying traction-countertraction with sedation and analgesia. After reduction, velleau bandage immobilization was applied to the right shoulder. At final follow-up 5 months after injury, the patient had regained full range of motion and was dismissed. It was reported as it is rarely seen in the literature.

Key Words: Luxatio erecta, Inferior shoulder dislocation, closed reduction.

Giriş

Omuz eklemi, çıkıkların en sık görüldüğü eklemdir. Eklem stabilitesinin büyük kısmını çevresindeki kapsül, tendon ve kaslar oluşturur. Omuz eklemine çok yönlü hareketliliği, anatomik yapısının özelliği, travmalara daha çok maruz kalması, çıkığın daha sık görülmesine neden olur.

Omuz çıkığı olan hastaların %95'inde öne çıkık, %4-5'inde ise arkaya çıkık gözlenir. Tüm omuz çıkıkları içerisinde %0,5 oranında görülen aşağı omuz çıkığı (luxatio erecta) ise oldukça nadir görülen bir yaralanma olup, genellikle kolun hiperabduksiyon tip yaralanması sırasında oluşur (1,2,3).

Bu makalede oldukça nadir görülmesinden dolayı glenohumeral ekleminin aşağı çıkığı (luxatio erecta) tespit edilen bir olgu sunulmuştur.

Yazışma Adresi : Fırat OZAN

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği,
İZMİR

Makalenin Geliş Tarihi : 28.01.2009; Kabul Tarihi : 24.06.2009

Olgu

Altmış sekiz yaşında kadın hasta, Ağustos 2008'de merdivenlerden düşme sonrası, sağ omzunda şiddetli ağrı, kolunu aşağı indirememeye şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde hastanın sağ elinin baş seviyesinde elevasyonda ve dirseğin fleksiyonda olduğu tespit edildi. Sağ omuzun abduksiyon açısı yaklaşık 140 derece idi. Palpasyonda aksillada dolgunluk tespit edildi. Nörolojik ve vasküler yaralanma tespit edilmedi. Yapılan radyolojik değerlendirmede humerus başının aşağıya çıkık (luxatio erecta) olduğu saptandı (Resim 1). İntravenöz sedasyon ve analjezi altında humerus başının, dışarı ve yukarı doğru olan humerus ile aynı doğrultudaki traksiyonu ve bir yardımcının ters yöndeki traksiyonu ile kapalı redüksiyon sağlandı (Resim 2). Nörolojik ve vasküler yaralanma olup olmadığı tekrar kontrol edildi. Çekilen kontrol radyografisinde eklemin anatomik ilişkisinin sağlandığı görüldü (Resim 3). İmmobilizasyon amaçlı üç hafta süresince Velpeau bandajı uygulandı. Süre bitiminde tespite son verilerek dört hafta süreyle omuz hareket açıklığını arttırıcı sarkaç tipi hareketler ile omuz çevresi kas gücünü arttırıcı egzersiz programı verildi. Beş ay sonraki kontrolünde omuz ekleminin stabil ve eklem hareket açıklığının tam olduğu belirlendi.

Tartışma

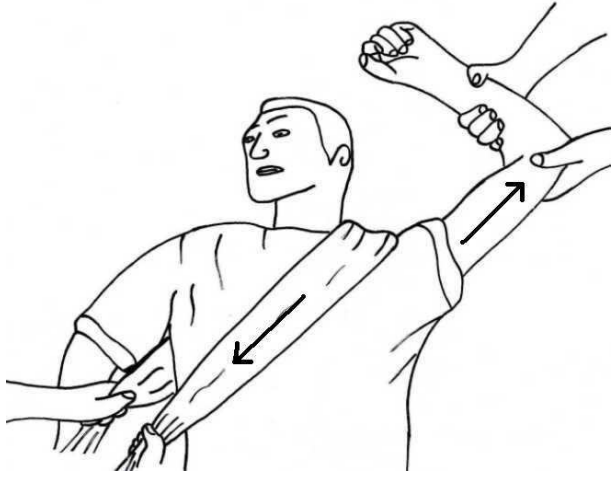
Omuz eklemi vücuttaki diğer eklemlere oranla çok daha geniş bir hareket açıklığına sahiptir. Bu çok yönlü hareket genişliği nedeni ile omuz eklem çıkığı diğer eklemlere oranla daha sık görülür. Omuz çıkıklarında %95 ile en sık öne çıkık görülür. Omuz ekleminin arkaya çıkığı ise %4-5 oranındadır. İlk olarak Middeldorph ve Scharm tarafından 1859 yılında tanımlanan aşağı omuz çıkığı ise oldukça nadir görülen bir yaralanmadır ve tüm omuz çevresi çıkıklarının %0,5'inden azını oluşturur (1,2,3).

Aşağı omuz çıkığının akılda kalıcı tipik bir klinik görünümü vardır. Hastanın eli baş seviyesinde yukarıda, kol abduksiyondadır, hasta kolunu mekanik nedenden ve ağrıdan dolayı aşağı indiremez. Dirsek fleksiyonda, önkol pronasyondadır. Humerus başı lateral göğüs duvarında palpe edilebilir (4,5).

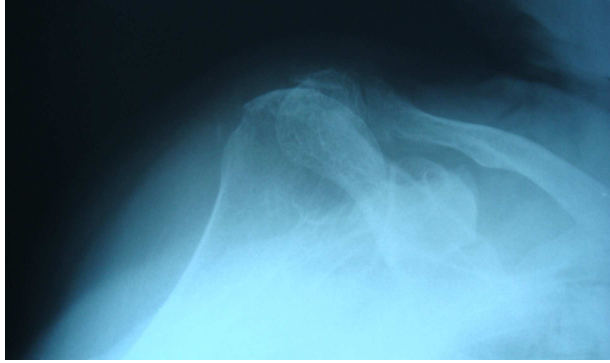
Aşağı omuz çıkığı genellikle indirekt yaralanma sonucu oluşur. İndirekt mekanizmada kola uygulanan güçlü bir hiperabduksiyon kuvveti sonrası proksimal humerusun akromiyonun manivela etkisi ile aşağı omuz çıkığı gelişir. Pektoralis majorun çekmesi ile kol erekte pozisyonda kalır.



Resim 1 (a,b): Sağ omuz ön-arka radyografilerinde aşağı omuz çıkığı görülmekte.



Resim 2: Aşağı omuz çıkığının redüksiyonunda kullanılan, humerus cismi boyunca aksiyel traksiyon ile karşı yönden uygulanan yardımcı bir ters traksiyonun uygulanışı.



Resim 3: Redüksiyon sonrası omuz ekleminin anatomik ilişkisinin görünümü.

Berberinde eklem kapsülünün alt kısmında yırtık, orta ve alt glenohumeral ligaman ile rotator kas yaralanması oluşabilir. Daha az sıklıkta görülen direkt mekanizma ile oluşan çıkıkta ise abduksiyondaki kola direkt aksiyel yüklenme sonucu çıkık oluşur (4,6).

Aşağı omuz çıkıklarında sıklıkla yumuşak doku yaralanmaları eşlik eder. Omuz kapsülünde, supraspinatus, infraspinatus, teres minör, subskapularis, pektoralis major kaslarında yırtık, proksimal humerus, büyük tuberositas, akromiyon, klavikula ve inferior glenoid dudakta kırık görülebilir (4,5). Mallon ve ark. luxatio erecta'lı 80 olgulu çalışmasında; olguların %12'sinde rotator kaslarda yırtık, %31'inde büyük tuberositasta avulsiyon, %37'sinde çıkığa eşlik eden çeşitli kırıklar tespit etmişlerdir (7).

Omuzun aşağı çıkıklarında komplikasyon olarak nörovasküler bası zedelenmeleri genellikle bulunur fakat sıklıkla redüksiyonu sonrası iyileşir. Literatüde aksiller arter yaralanması, aksiller ven trombozu gelişen olgular sunulmuştur (3). Luxatio erecta'lı hastalarda vasküler zedelenmeler omuzun öne, arkaya, yukarı çıkık tiplerine oranla daha sık gelişmektedir (3,7).

Aşağı omuz çıkığının tedavisi, sedasyon ve analjezi altında traksiyon ve karşı yönde uygulanan traksiyon ile kapalı redüksiyondur (Resim 2). Redüksiyon sonrası üç haftaya kadar omuz immobilize edilebilir. Seyrek olarak açık çıkık ve kırıklarda, kapalı redüksiyonun başarısız olduğu durumlarda açık redüksiyon yapılır (3,5). Aşağı omuz çıkığı nadir görülmesine karşın tedavi sonrası iyi sonuçlar alınmaktadır.

Kaynaklar

1. Rockwood CA, Wirth MA. Subluxations and dislocations about the glenohumeral joint. In: Rockwood CA, Green DP, Buchholz RW, et al, eds. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996: 1193-1339.
2. Laskin RS, Sedlin ED. Luxatio erecta in infancy. Clin Orthop 1971; 80: 126-129.
3. Garcia R, Ponsky T, Brody F, Long J. Bilateral luxatio erecta complicated by venous thrombosis. J Trauma. 2006 May; 60(5):1132-4
4. Davids JR, Talbott RD. Luxatio erecta humeri. A case report. Clin Orthop 1990; 252:144 -149.
5. Gelczer R, Swee R, Adkins M. Bilateral inferior glenohumeral dislocations. J Trauma. 1996; 40: 825- 826.
6. Tomcovcik L, Kitka M, Theodoz M. Luxatio erecta associated with a surgical neck fracture of the humerus. J Trauma. 2004; 57: 645-647.
7. Mallon WJ, Bassett III FH, Goldner RD. Luxatio erecta: The inferior glenohumeral dislocation. J Orthop Trauma 1990; 4(1):19-24.