

İki taraflı anterior omuz çıkığı: Olgu sunumu ve literatür taraması**Bilateral anterior shoulder dislocation: A case report and a review of the literature**Ozan F¹ Altay T² Koyuncu Ş² Çeliker H³¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, Kayseri, Türkiye²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji, İzmir, Türkiye³Karaman Devlet Hastanesi, Acil Tıp Birimi, Karaman, Türkiye**Özet**

Omuz ekleminin çok yönlü hareketliliği, anatomik yapısının özelliği, travmalara daha çok maruz kalması nedeniyle çıkıklar daha sık görülmektedir. Omuz eklemi çıkıkları çoğunlukla tek taraflı ve öne doğrudur, nadir de olsa iki taraflı omuz çıkığına rastlanmaktadır. Bu gibi çıkıklarda ise yön genellikle arkaya doğrudur. Eş zamanlı iki taraflı öne omuz çıkığı ise oldukça nadir görülmektedir. Bu çalışmada düşme sonrası her iki omuzda ağrı, hareket kısıtlılığı şikayetleri ile acil polikliniğimize başvuran 55 yaşındaki bir kadın hastada tespit edilen eş zamanlı iki taraflı öne omuz çıkığı olgusu sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Omuz çıkığı, iki taraflı, tedavi.

Summary

Dislocation is more often encountered due to multilateral mobility of the shoulder joint, its anatomic characteristics, and its being more exposed to traumas. Shoulder dislocations are often anterior and unilateral; though rare, bilateral shoulder dislocations are also encountered. Such dislocations are mostly posterior. A simultaneous bilateral anterior shoulder dislocation is extremely rare. In the current study, we present the case of a 55-year-old female patient, with a simultaneous bilateral anterior shoulder dislocation, who was admitted in our emergency polyclinic due to complaints of pain on both shoulders and limited mobility following a fall.

Key Words: Shoulder dislocation, bilateral, therapy.

Giriş

Omuz ekleminin iki taraflı eşzamanlı çıkığı oldukça nadir yaralanmalardandır. İki taraflı eşzamanlı çıkığı oluşturmak için gerekli güçlerin aynı anda her iki eklemde benzer biçimde etkilerini göstermeleri gerekir (1). Özellikle ileri yaştaki hastalarda, denge sorunları ve çevre yumuşak doku dengesindeki bozulma nedeniyle iki taraflı omuz çıkıklarına eğilim yüksek olabilmektedir (2). Bu tür olguların çoğu arkaya omuz çıkığı şeklinde görülürken iki taraflı anterior yöndeki omuz çıkıkları ise çok daha nadir görülmektedir (3).

Bu çalışmada düşme sonucu eş zamanlı iki taraflı öne omuz çıkığı gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

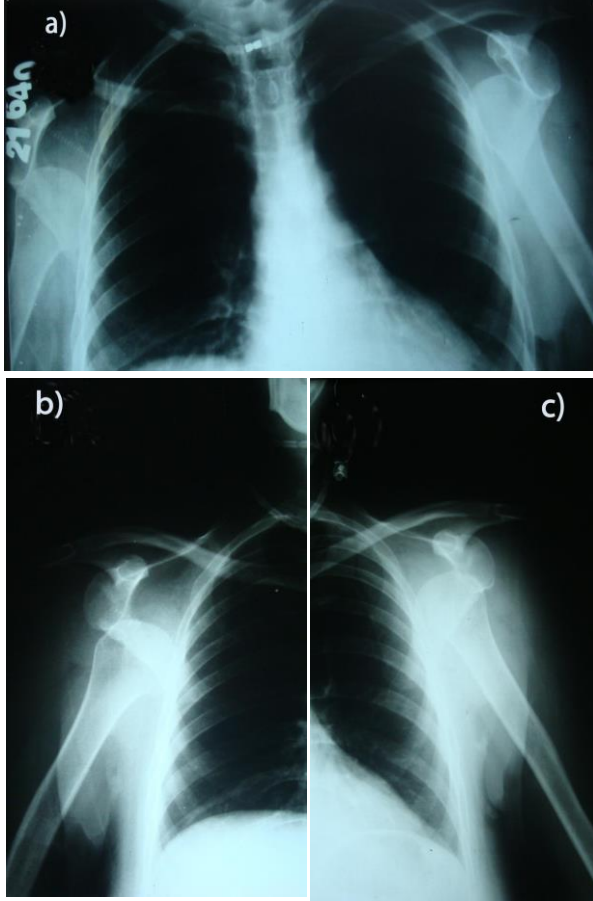
Elli beş yaşında kadın hasta, kaldırım kenarına takılıp düşme sonrası her iki omuzda ağrı, hareket kısıtlılığı şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde her iki kolunun abduksiyon ve dış rotasyon konumunda olduğu görüldü. Fizik muayenesinde, her iki tarafta da akromionun uç kısmının altında omuz eklemlerinde düzleşme belirlendi. Hastanın sol üst ekstremitesinde periferik nörovasküler muayenesi normal bulundu; sağda ise el başparmak abduksiyonunda ve el bileği dorsifleksiyonunda kayıp vardı. Röntgen muayenesinde kırık olmaksızın iki taraflı subkorakoid anterior omuz çıkığı saptandı (Şekil-1). Genel anestezi altında Kocher manevrası ile her iki omuzda redüksiyon sağlandı ve radyograflerle kontrol edildi (Şekil-2). Kol-gövde bandajı ile üç hafta immobilizasyon uygulandı. Bandaj çıkartıldıktan sonra omuz hareket açıklığını artırıcı sarkaç tipi hareketler ile omuz çevresi kas gücünü artırıcı egzersiz programı uygulandı. Nörolojik durumun değerlendirilmesi için uygulanan EMG testinde, sağda posterior kordda

Yazışma Adresi: Fırat OZAN

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 22.07.2013 Kabul Tarihi: 16.09.2013

parsiyel aksonal dejenerasyon saptandı. Hasta konservatif olarak takip edildi, ikinci ayda nörolojik bulgularda kısmen, yedinci ay sonunda ise şikayetlerinin tamamen gerilediği görüldü. Hasta 12. ayda *Constant skoru* (4) ile değerlendirildi ve her iki omuz için iyi sonuç elde edildi.



Şekil-1. (a) İki taraflı omuz çıkığı olan hastanın redüksiyon öncesi radyografik görüntüsü, (b) sağ omuz grafisi, (c) sol omuz grafisi.



Şekil-2. İki taraflı omuz çıkığı olan hastanın redüksiyon sonrası radyografik görüntüsü.

Tartışma

Omuz eklemi çıkıklarının en sık görüldüğü eklemdir. Omuz eklemine çok yönlü hareketliliği, anatomik yapısının özelliği, travmalara daha çok maruz kalması nedeniyle çıkığın daha sık görülmesine neden olur (5). Glenohumeral çıkıkların çoğu genç erkeklerde ve travma sonucu meydana gelir, bunu ileri yaştaki kadın hastalarda düşme riskinin artması ve eklem kapsülündeki kollajenin çapraz bağlarının sayısında azalma sonucu oluşan çıkıklar izlemektedir (6).

Bilateral omuz çıkığı ilk olarak 1902 yılında aşırı doz ilaç kullanımına ikincil olarak gelişen aşırı kas kasılması sonucu Mynter (7) tarafından bildirilmiştir. Eş zamanlı iki taraflı omuz çıkıkları oldukça nadir meydana gelmekte ve güçlü internal rotator kaslara oranla nispeten daha zayıf olan dış rotator kaslar nedeniyle çıkıklar çoğunlukla arkaya yönlü olmaktadır. En sık görülme nedenleri ise epileptik veya alkol yoksunluğuna bağlı nöbetler, elektroterapi, duygusal rahatsızlıkları olan hastalarda ani ve dengesiz kas kasılmalarıdır. Diğer yandan posterior omuz çıkıklarının aksine anterior omuz çıkıkları ise çoğunlukla travma sonrası meydana gelmektedir (3,8). Literatürde bilateral anterior omuz çıkıklarının etiyolojik sebepleri arasında; düşme veya güçlü ekstremiteler traksiyonları sonucu gelişenlerin oranı %50, konvülsif krizler, elektrik çarpmaları, fiziksel egzersizleri kapsayan güçlü kas kontraksiyonları nedeniyle gelişenlerin oranı %40, nöromusküler hastalıklar, hiperlaksisite, istemli çıkıklar gibi travma dışı durumlar ise %10 olarak görülmektedir (Tablo-1).

Anterior yöndeki omuzun çıkık mekanizması humerusun zorlamalı abduksiyon ve dış rotasyonu ile tuberkulum majusun akromiona dayanması ve kaldıraç kolu etkisi ile oluşmaktadır (9). Olgumuzda herhangi bir kırık gelişmesine karşın omuz çıkıklarına genellikle humerusun büyük tuberositas kırığı eşlik etmektedir (9). Tedavi genellikle kapalı redüksiyon yöntemleri ile yapılmaktadır. Kocher manevrası omuz çıkıklarının redüksiyonu için yaygın olarak uygulanan bir yöntemdir (8,10). Olgumuzun bilateral omuz çıkığı genel anestezi altında Kocher manevrası yöntemi ile kapalı olarak redükte edildi.

Brakial pleksusun dalları glenohumeral eklem anterior ve inferiorunda, aksiler sinir ise eklem inferiorunda bulunur (2). Omuz çıkığı sonrası sinir lezyonları sanılanın aksine sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Sinir lezyonları ortalama %45 oranında görülmeyle birlikte yaşlı hastalarda bu oran daha da artmaktadır. Akut sinir lezyonları çoğu zaman geçici olduğundan konservatif tedavi öncelikli olmaktadır (11). Olguların büyük çoğunluğunda 9-26 haftalarda sinir fonksiyonlarının geri döndüğü bildirilmiştir (11). Olgumuzda da konservatif tedavi sonucunda yedinci ayda sinir fonksiyonlarının geri döndüğü görüldü.

Tablo-1. Uluslararası Literatürde İki Taraflı Anterior Omuz Çıkığı Olgularının Tarihsel Sıralaması.

	Yazar	Yıl	Olgu sayısı	Etiyoloji
1	Mynter	1902	1	Akut kas kontraksiyonu
2	Sargent	1909	1	Akut atravmatik
3	Noczynski	1973	1	Belirtilmemiş
4	McFie	1976	1	Akut travmatik
5	Yadav	1977	1	Akut kas kontraksiyonu
6	Biro´	1978	1	Akut kas kontraksiyonu
7	Segal	1979	3	Akut kas kontraksiyonu Akut travmatik
8	Onabowale	1979	1	Akut kas kontraksiyonu
9	Urunbaev	1980	1	Kronik atravmatik
10	Carew-McColl	1980	1	Kronik kas kontraksiyonu
11	Tanzman	1983	1	Kronik kas kontraksiyonu
12	Salem	1983	1	Kronik kas kontraksiyonu
13	Hartney	1984	1	Akut kas kontraksiyonu
14	Brown	1984	7	Akut kas kontraksiyonu Akut travmatik
15	Sadhra	1984	1	Akut kas kontraksiyonu
16	Sciamarella	1986	1	Akut kas kontraksiyonu
17	Paley	1986	1	Akut travmatik
18	Jones	1987	1	Akut travmatik
19	Litchfield	1988	1	Akut kas kontraksiyonu
20	Ribbans	1989	1	Akut kas kontraksiyonu
21	Mehta	1989	1	Akut travmatik
22	Mathis	1990	1	Akut travmatik
23	Mafulli	1990	1	Akut travmatik
24	Nagy	1990	1	Akut travmatik
25	Costigan	1990	1	Kronik atravmatik
26	Velkes	1991	1	Akut travmatik
27	Lal	1992	2	Akut travmatik
28	Marty	1994	1	Akut kas kontraksiyonu
29	Markel	1994	1	Akut kas kontraksiyonu
30	Gynning	1995	1	Kronik kas kontraksiyonu
31	Gazdzik	1996	1	Akut travmatik
32	Thomas	1996	1	Kronik travmatik

33	Cresswell	1998	1	Akut travmatik
34	Dinopoulos	1999	1	Akut travmatik
35	Mihai	1999	1	Kronik atravmatik
36	Ng	2000	1	Akut travmatik
37	Cottias	2000	1	Akut kas kontraksiyonu
38	Esenkaya	2000	1	Akut travmatik
39	Yuen	2001	1	Akut kas kontraksiyonu
40	Echarri	2002	1	Akut kas kontraksiyonu
41	Dunlop	2002	1	Akut travmatik
42	Singh	2005	1	Akut travmatik
43	Sharma	2005	1	Akut travmatik
44	Devalia	2005	1	Akut travmatik
45	Ozcelik	2006	1	Akut kas kontraksiyonu
46	Ngim	2006	1	Akut travmatik
47	Lin	2007	1	Akut travmatik
48	Bellazzini	2007	1	Akut atravmatik
49	O'Connor-Read	2007	1	Akut travmatik
50	Turhan	2008	1	Akut travmatik
51	Felderman	2008	1	Akut atravmatik
52	De la Fuente	2008	1	Akut atravmatik
53	Dodds	2008	1	Kronik kas kontraksiyonu
54	Lasanianos	2008	1	Kronik kas kontraksiyonu
55	Siwach	2008	1	Akut travmatik
56	Abalo	2008	1	Akut travmatik
57	Abdulkadir	2009	1	Akut kas kontraksiyonu
58	Kalkan	2009	1	Akut travmatik
59	Mofidi	2010	1	Akut kas kontraksiyonu
60	Thakur	2010	1	Akut travmatik
61	Botha	2010	1	Akut travmatik
62	Tripathy	2011	2	Akut travmatik Akut kas kontraksiyonu
63	Silva	2011	1	Akut travmatik
64	Dlimi	2012	1	Akut travmatik
65	Moughty	2012	1	Akut travmatik
66	Ballesteros	2013	2	Akut travmatik
67	Bremner	3013	1	Akut kas kontraksiyonu
68	Nourredine	2013	1	Akut travmatik

Sonuç olarak, omuz çıkıkları nadir olarak çift taraflı görülebilmektedir ve bu gibi olgularda nörolojik yaralanma olasılığına karşı dikkatli olunmalıdır, konservatif tedavi ile de iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Kaynaklar

1. Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: An unusual cause. Br J Sports Med 1998;32(1):71-2.
2. Kalkan T, Demirkale I, Ocguder A, Unlu S, Bozkurt S. Ev kazası sonucu iki hastada iki taraflı anterior omuz çıkığı. Acta Orthop Traumatol Turc 2009;43(3):260-3.
3. Dunlop CC. Bilateral anterior shoulder dislocation - a case report and review of the literature. Acta Orthop Belg 2002;68(2):168-70.
4. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orthop Rel Res 1987;214(2):160-4.
5. Garcia R, Ponsky T, Brody F, Long J. Bilateral luxatio erecta complicated by venous thrombosis. J Trauma 2006;60(5):1132-4.
6. Hintermann B, Gächter A. Theo van Rens Prize. Arthroscopic assessment of the unstable shoulder. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 1994;2(2):64-9.
7. Mynter H. Subacromial dislocation from muscular spasm. Ann Surg 1902;36(1):117-9.
8. Turhan E, Demirel M. Bilateral anterior glenohumeral dislocation in a horse rider: A case report and a review of the literature. Arch Orthop Trauma Surg 2008;128(1):79-82.
9. Dinopoulos HT, Giannoudis PV, Smith RM, Matthews SJ. Bilateral anterior shoulder fracture-dislocation. A case report and a review of the literature. Int Orthop 1999;23(2):128-30.
10. Thakur A, Gupta R, Kotwal V, Arora D. A rare case of bilateral anterior dislocation of the shoulder. J Clin Diagn Res 2010;4(6):3567-9.
11. Travlos J, Goldberg I, Boome RS. Brachial plexus lesions associated with dislocated shoulders. J Bone Joint Surg 1990;72(1):68-71.