



İki Taraflı Öne Omuz Çıkığı: Olgu Sunumu

İrfan Esenkaya*, Nurzat Elmalı*, Mehmet Şükrü Şahin*

*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD. Malatya

Omuz eklemine tüm yönlerdeki iki taraflı eşzamanlı çıkıkları oldukça nadir yaralanmalardır. Olguların çoğu arkaya omuz çıkığı şeklindedir ve genellikle grand mal tipi epilepsi nöbetlerinde görülen yaygın kasılmalar sonrası veya güçlü elektrik şoku/elektrik çarpmalarından sonra ortaya çıkar. Diğer taraftan iki taraflı öne omuz çıkığı ise, epilepsi nöbeti geçirenlerde, diabetik nokturnal hipoglisemisi olanlarda, eklem gevşekliliği olup istemli olarak omuz eklemine çıkartanlarda, travma sonrası veya sportif aktiviteler esnasında da gelişebilir.

Bu makalede, epilepsi nöbeti geçiren bir hastamızda oluşan ve konservatif yöntemle tedavi edilen iki taraflı eşzamanlı öne omuz çıkığı olgumuz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Öne omuz çıkığı, İki taraflı, Epilepsi

Bilateral Anterior Glenohumeral Dislocation: Case Report

Bilateral simultaneous dislocations of the glenohumeral joints in all planes are rare injuries. Most cases are posterior and due to seizures associated with generalized convulsion, usually due to grand mal epileptic seizures, or after severe electric shock. On the other hand, bilateral anterior dislocations have also been reported in patients who have epileptic seizures, diabetic nocturnal hypoglycaemia, and in patients who have loose joints and dislocate shoulders by voluntary movements, after trauma or among participants in sports activities

This article presents a case of bilateral simultaneous anterior dislocation of glenohumeral joints caused by epileptic convulsive seizures that was treated with conservative treatment.

Key Words: Anterior glenohumeral dislocation, Bilateral, Epileptic seizures

Omuz eklemine tüm yönlerdeki iki taraflı eşzamanlı çıkıkları oldukça nadir yaralanmalardır.¹⁻⁸ Olguların çoğu arkaya omuz çıkığı şeklindedir ve bildirilen olgular genellikle grand mal tipi epilepsi nöbetlerinde görülen yaygın kasılmalar sonrası^{4,5,7,8} veya güçlü elektrik çarpmalarından/elektrik şoklarından sonra⁹ ortaya çıkar. Diğer taraftan, iki taraflı öne omuz çıkıkları epilepsi nöbeti geçiren hastalarda,^{10,11} ilaç bağımlısı kişilerde görülen yaygın kasılmaların eşlik ettiği nöbetlerde,³ diabetik nokturnal hipoglisemide,¹² eklem gevşekliliği olup istemli olarak omuz eklemine çıkartanlarda¹³ veya travma sonrası² oluşabileceği bildirilmiştir. Sportif aktiviteler esnasında da iki taraflı öne omuz çıkığı gelişebileceği bildirilmiştir.^{1,10,14,15} Bunların dışında, tanısı konmamış iki taraflı öne omuz çıkığı¹⁶ ile önce bir tarafın travma sonrası, sonra diğer tarafın travma olmaksızın çıktığı⁶ olgular da tanımlanmıştır. Elektrik çarpması sonrası iki omuzun farklı yönlerde çıktığı kırıklı-çıkık olgusu da bildirilmiştir.¹⁷

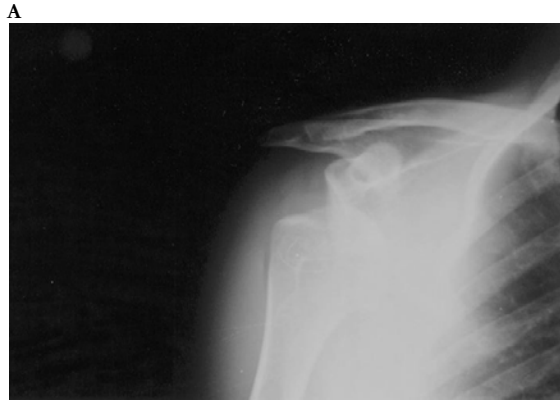
Bu makalede, epilepsi nöbeti geçiren bir hastamızda oluşan iki taraflı eşzamanlı öne omuz çıkığı olgumuz sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yirmibir yaşındaki erkek hasta her iki omzundaki ağrı ve hareketsizlik şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Yakınları, hastanın hastaneye getirilmeden önce şiddetli bir kasılma nöbeti geçirdiğini tanımladılar. Hastanın öyküsünden, 7 yıldır epilepsi nedeniyle tedavi gördüğü ve düzenli olmamak üzere günde iki kez 100 mg Epdantoin aldığı öğrenildi. Acil bölümümüzdeki muayenesinde, her iki kolunun hafifçe abduksiyon ve dış rotasyon konumunda olduğu saptandı. Fizik muayenesinde, her iki tarafta da akromionun uç kısmının altında omuz eklemlerinde düzleşme

belirlendi. Derin palpasyonda akromion çıkıntısının dış tarafında direnç kaybı, her iki omuzda ön kısımlarda dolgunluk saptandı. Damar ve sinir yaralanması yoktu. Yapılan radyolojik değerlendirmede her iki omuz ekleminde öne çıkık saptandı (Şekil 1). Sedasyon sonrası her iki omuz da Kocher metodu ile yerine kondu. Çekilen kontrol grafilerinde her iki omuz ekleminde anatomik ilişkinin sağlandığı görüldü. Yerine koyma sonrası yapılan bilgisayarlı tomografik incelemede iki taraflı Hill-Sachs lezyonu saptandı (Şekil 2). Daha öncesine ait omuz çıkığı veya sublüksasyon öyküsü tanımlamayan hastaya 3 hafta süreyle iki tarafa da Velpeau bandajı uygulandı. Süre bitiminde tespite son verilerek 6 hafta süreyle fizik tedavi biriminin kontrolünde, başlangıçta hareket açıklığını artırıcı sarkaç tipi hareketler, daha sonra omuz çevresi adalelerinin gücünü artırıcı hareketler olmak üzere egzersiz programına alındı. Nöroloji polikliniği kontrolüyle ilaçlarını düzenli olarak alması sağlandı. Onüç ay sonra yapılan kontrolünde her iki tarafta da omuz ekleminin stabil ve omuz hareket açıklıklarının tam olduğu, geçen sürede omuz çıkığının tekrar etmediği belirlendi.

Şekil 1. Erkek hasta, 21 yaşında; Sağ (A) ve sol (B) omuz ön-arka rontgenlerinde iki taraflı öne omuz çıkığı görülmektedir.



Şekil 2. Redüksiyon sonrası her iki omuz ekleminin anatomik ilişkisinin ve her iki humerus başı posterolateraline uyan bölgede Hill-Sachs lezyonlarının görünümü.



TARTIŞMA

Tüm yönlere kırıklı veya kırıksız iki taraflı omuz çıkıkları oldukça nadir yaralanmalardır.¹⁻⁸ İki taraflı eşzamanlı çıkık oluşumu için her iki ekleminde de eşzamanlı olarak benzer şekilde kuvvetlerin etkin olması gerekmektedir. Genellikle epilepsi veya diğer nedenlere bağlı, nöbetle seyreden kasımlı hastalıklarda şiddetli adale kasılması sonrası humerus başı genellikle arkaya çıkar.^{4,5,7,8} Kasılma geçiren bir hastada tipik olarak omuzlar adduksiyon, iç rotasyon ve fleksiyon konumundadır.^{5,7} Shaw, omuz kavşağı adalelerinin beraberce ve kuvvetli olarak kasılmaları sonrası humerus başının akromiona göre yukarıya ve arkaya, glenoid çukura göre de içe doğru yer değiştirdiğini belirtmiştir. Çıkığın oluşabilmesi için infraspinatus ve teres minor adalelerinin deltoid, latissimus dorsi ve teres major adaleleri boyunca kuvvet uygulamaları gerektiğini bildirmiştir. Eğer bu dönemde nöbet şeklindeki kasılma sona erer ise humerus başı glenoid arka dudığında kilitli kalır. Nöbet şeklindeki kasılmalar devam eder ise tipik olarak arkaya kırıklı-çıkık meydana gelir.⁵ Kolun dışa rotasyon, abduksiyon ve ekstansiyonda zorlanması ve tuberkülüm majusun akromion üzerinde sıkışarak manivela koluyla humerus başının glenoid dışına zorlanmasıyla öne omuz çıkıkları oluşur.^{1,3,9,10,14,17} Bazen omuz bölgesine arkadan gelen darbeler sonucu veya direkt olarak ileriye doğru yapılan çekme ve germelerden sonra da öne omuz çıkığı oluşabilir.^{3,10} Epilepsi nöbeti sonrası genellikle arkaya oluşan omuz çıkıklarından farklı olarak bizim olgumuzda iki taraflı eşzamanlı öne omuz çıkığı oluşmuştur. Bizim olgumuzda hasta acil polikliniğine başvurduğunda her iki omuz da tipik olarak abduksiyon, ekstansiyon ve dış rotasyon konumundaydı.

İki Taraflı Öne Omuz Çıkığı: Olgu Sunumu

Kırık olmaksızın iki taraflı öne omuz çıkıklarının tedavisinde, çıkığın yerine konması sonrası tespit için konservatif tedaviyi tercih eden yazarlar tarafından omuz-kol askısı^{1,3,6} veya kolu bedene saran tespit yöntemleri^{6,12,14} önerilmiştir. Olgumuz konservatif yöntemle tedavi edildi. Olgumuzun 7 yıldır epilepsi nedeniyle tedavi görmesine rağmen ilaçlarını düzenli olarak almaması nedeniyle, abduksiyon ve dış rotasyona mani olabilmek, tespit süresince benzer krizi geçirmesi durumunda çıkık oluşma olasılığını en az seviyede tutabilmek için hastamıza iki taraflı Velveau bandajı uyguladık. Kontrol edilebilir hasta gurubunda ise, hastanın kısmi serbestliği ve dirsek fonksiyonlarını yapabilmesi için modifiye Velveau bandajının kullanılabilceğini düşünüyoruz. Hastamıza ileriki dönemlerde benzer çıkık ya da çıkıkların oluşması durumunda cerrahi yöntemler uygulanabileceği de söylendi. Onüç aylık takipte çıkık tekrar etmedi.

KAYNAKLAR

- 1- Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocation in bench pressing: an unusual case. Br J Sports Med 1998;32:71-2.
- 2- Devalia KL, Peter VK. Bilateral post traumatic anterior shoulder dislocation. J Postgrad Med 2005;51:72-3.
- 3- Hartney-Velazco K, Velazco A, Fleming LL. Bilateral anterior dislocation of the shoulder. South Med J 1984;77:1340-1.
- 4- Mancini GB, Lazzeri S. Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder. Orthopedics 2002;25:433-4.

- 5- Shaw JL. Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder and other trauma caused by convulsive seizures. J Bone Joint Surg [Am] 1971;53:1437-40.
- 6- Singh S, Kumar S. Bilateral anterior shoulder dislocation: a case report. Eur J Emerg Med 2005;12:33-5.
- 7- Parrish GA, Skicdzielewski JJ. Bilateral posterior fracture-dislocations of the shoulder after convulsive status epilepticus. Ann Emerg Med 1985;14:264-6.
- 8- Prillaman HA, Thompson RC Jr. Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder: A case report. J Bone Joint Surg [Am] 1969;51:1627-30.
- 9- Fullarton GM, MacEvan CJ. Bilateral posterior dislocation of the shoulder. Injury 1985;16:428-9.
- 10- Segal D, Yablon IG, Lynch JJ, Lynch J, Jones RP. Acute bilateral anterior dislocation of the shoulders. Clin Orthop Relat Res 1979;(140):21-2.
- 11- Calpur OU, Olcay E. Bilateral anterior dislocation of the shoulder. Acta Orthop Trauma Turc [Article in Turkish]1991;25:117-8.
- 12- Litchfield JC, Subhedar VY, Beevers DG, Patel HT. Bilateral dislocation of the shoulders due to nocturnal hypoglycaemia. Postgrad Med J 1988;64:450-2.
- 13- Keiser RP, Wilson CL. Bilateral recurrent dislocation of the shoulder (atraumatic) in a thirteen-year-old girl: Report of an unusual case. J Bone Joint Surg [Am] 1961;43:553-4.
- 14- Esenkaya I, Tuyyun H, Turkmen IM. Bilateral anterior shoulder dislocation in a weightlifter. Phys Sportsmed 2000;28:93-100.
- 15- Maffuli N, Mikhail HMT. Bilateral anterior glenohumeral dislocation in a weightlifter. Injury 1990;21:254-6.
- 16- Costigan PS, Binns MS, Wallace WA. Undiagnosed bilateral anterior dislocation of the shoulder. Injury 1990;21:409.
- 17- Ozer H, Baltacı G, Selek H, Turanlı S. Opposite-direction bilateral fracture dislocation of the shoulders after an electric shock. Arch Orthop Trauma Surg 2005;125:499-502.

Yazışma Adresi:

Prof.Dr. İrfan ESENKAYA
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı,
44065-Malatya

E-Posta : iesenkaya@hotmail.com

iesenkaya@inonu.edu.tr

Tel (İş) : 422 341 0660-5102

Tel (Ev) : 422 321 8555

Fax (Ev) : 422 325 8283