

Akut subakromial posterior omuz çıkığı (Üç Olgu Sunumu)

M. Murad Uslu⁽¹⁾, Fatih Ekşioğlu⁽²⁾, Semih Ferhat⁽³⁾

Omuz çevresi çıkıklarının içinde en nadir tipi oluşturan akut subakromial posterior omuz çıkığı olan üç olgu takdim edildi. İki olguda travma sonucu, bir olguda ise epilepsi krizi sonrasında gelişen bu çıkığın klinik ve radyolojik bulguları gözden geçirildi. Direkt ön arka omuz grafisindeki bulguların yanı sıra gerçek lateral omuz grafisinin çekilmesi ve değerlendirilmesi vurgulandı. Oldukça nadir görülen akut subakromial posterior omuz çıkığının, omuz travması geçiren her hastada akıldan tutulması gereken bir durum olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Posterior omuz çıkığı, erişkin, epilepsi

Subacromial posterior shoulder dislocation (report of three cases)

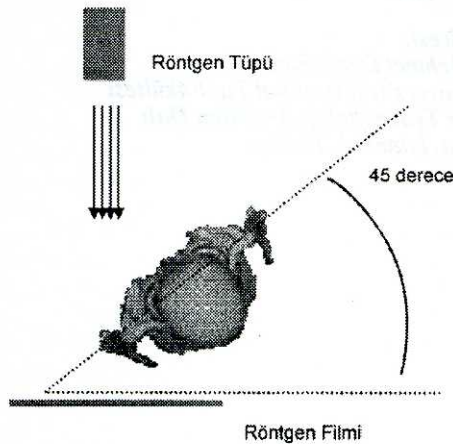
Three cases of acute subacromial posterior shoulder dislocation, which is the rarest form of shoulder dislocations, have been reported. In two of the cases the dislocation was due to direct trauma and in one, to convulsion. Although it is a very rare condition, the clinical symptoms and findings of acute subacromial posterior shoulder dislocation in direct shoulder roentgenograms must be well known and the real lateral shoulder roentgenogram should be taken in routine, to prevent misdiagnosis.

Keywords: Posterior shoulder dislocation, adult, convulsion

Omuz çevresi dislokasyonları içinde, posterior omuz çıkığı (POÇ) % 2.17'lik bir görülme sıklığı ile en nadir tipi oluşturur. Çıkıktan sonra ilk 6 haftada olgular akut posterior omuz çıkığı olarak değerlendirilmektedir (6, 9)

POÇ patogenezinde üç faktör kabul edilmektedir. Bu faktörler:

1. Humerus başına etki eden direkt kuvvetler.
2. Glenohumeral ekleme humerus shaftı ile yansıyan indirekt kuvvetler veya epilepsi veya elektro-konvulsif tedavi gibi durumlarda görülen dengesiz adele kasılmaları.
3. Humerus başında retrotorsiyon, glenoid displazi, posterior kapsül laksitesi, ligamentöz laksite (ör: Ehler-Danlos) gibi yatkınlık oluşturan durumlardır (6, 9).



Şekil 1: Röntgen ışınlarının göğüsün posterolateral kısmını, spina skapulaya paralel olarak geçerek röntgen kasetine düşmesi sağlanarak çekilen gerçek lateral omuz grafisi

POÇ'nın en sık görülen tipi subakromial (SPOÇ) tipidir (%97.5). Ayrıca subglenoidal ve subspinöz tipleri tanımlanan bu nadir durumun tanısında, klinik ve radyolojik bulgular önem taşımaktadır. Checcia ve ark. bu tiplere ek olarak 4 parçalı ve 3 parçalı kırıklı çıkıklar ile anatomik boyun kırıklı çıkığı da tanımlamışlardır (1). Kolun adduksiyon ve iç rotasyonda sabit durması, abduksiyon ve dış rotasyona müsaade etmemesi, omuzun posteriorunun belirginleşip ön kısmının düzleşmesi, korakoid çıkıntısının belirginleşmesi tanımlanmış klinik bulgulardır (Şekil 2), (6, 9). SPOÇ tanısında direkt ön arka omuz grafisinin yanı sıra lateral skapuler grafinin çekilmesi teşhis için gereklidir (5, 9). Rutin ön-arka omuz grafisinde humerus başı, glenoidin 3/4'lük kısmı ile üst üste binme görüntüsü verir (Şekil 3b). Eliptik yapıdaki bu görüntü SPOÇ'nda kaybolur (Şekil 3a). Lateral skapular grafi omuzun gerçek anlamda lateral grafisidir. Bu grafi, röntgen ışınlarının göğüsün posterolateral kısmını, spina skapulaya paralel olarak geçerek röntgen kasetine düşmesi sağlanarak çekilir (Şekil 1). Bu grafide skapula izdüşümü 'Y' harfi şeklinde görülür ve humerus başı bu 'Y' nin kollarının birleşim yerinde santralizedir (Şekil 4b). SPOÇ'nda humerus başı glenoidin posteriorunda yer alır (Şekil 4a) (5, 9).

SPOÇ olgularında humerus başında eklem yüzünde çökme kırığı McLaughlin tarafından tanımlanmıştır. Glenoidin posterior kenarının humerus başındaki çökme kırığının içine girmesi ile kilitli posterior omuz çıkığı oluşur (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9).

Son yıllarda POÇ'nda sınıflandırma oluşturmaya ve fonksiyonel sonuçları değerlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalarda özellikle vurgulanan, birden fazla merkezli çalışmaların yapılmasıdır. Farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilen bu çıkığın tedavisinde tedavi protokollerinin oluşturulmasının bu sayede gerçekleş-

(1) Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr.

(2) Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.

(3) Ankara Büyükşehir Belediye Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Uzman Dr.



Şekil 2: Subakromial posterior omuz çıkıklı birinci olguda korakoid çıkıntının belirginleşmesi, kolda adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi

bileceği öne sürülmektedir.

Olgu 1

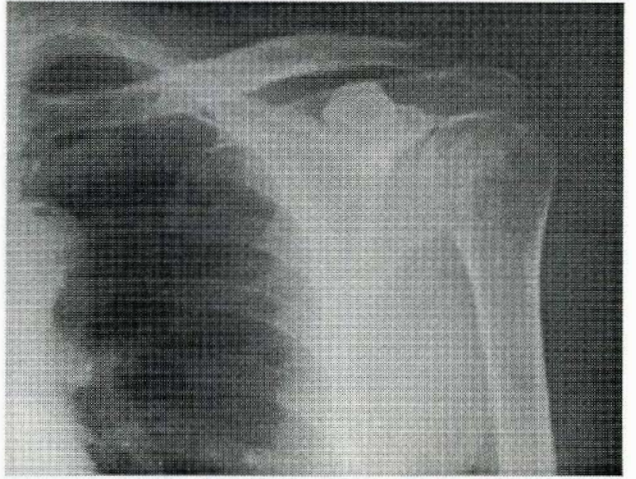
Emniyet kemeri takılı değilken içinde bulunduğu aracın devrilmesi sonucu yaralanarak acil servise getirilen 38 yaşında erkek hastada sol omuz ağrısı mevcuttu. Hastanın muayenesinde kolun adduksiyon ve içrotasyon pozisyonunda fiks olduğu, sol omuzun arka kısmının normal omuza göre daha çıkıntılı, ön kısmının ise düzleşmiş olduğu ve sol omuzda korakoid çıkıntının belirginleştiği izlendi (Şekil 2). Çekilen rutin ön-arka omuz grafisinde humerus başı ile glenoid fossa'nın üst üste binmesi ile oluşan eliptik gölgenin kaybolduğu izlendi. Gerçek lateral omuz grafisinde humerus başının glenoid fossanın posterioruna kaydığı izlendi. SPOÇ tanısı konan hastaya acil serviste gerekli analjezi ve sedasyon sağlanarak kapalı omuz redüksiyonu uygulandı. Redüksiyon kola traksiyon ve humerus başının yavaşça glenoid fossaya yönlendirilmesi ile sağlandı. Redüksiyon sonrası çekilen kontrol grafilerle 3 hafta kol-gövde sargısıyla takip edilen hastada aktif omuz egzersizleri ile tam hareket sınırına ulaşıldı. Bir yıl süre ile yapılabilen takibinde tekrarlayan çıkık görülmedi.

Olgu 2

Yaya iken bir aracın arkadan çarpması sonucu kolunun üstüne düşen 64 yaşında erkek hasta sağ omuz ağrısı ile gittiği acil serviste yumuşak doku yaralanması tanısı almış. Kazadan sonra dördüncü gün artan sağ omuz ağrısı nedeniyle görülen hastanın omuz hareketlerinde kısıtlılık,



Şekil 3 a: Rutin ön-arka omuz grafisinde, posterior omuz çıkığında, humerus başı ile glenoid fossa'nın üst üste binmesi ile oluşan eliptik bölgenin kaybolması

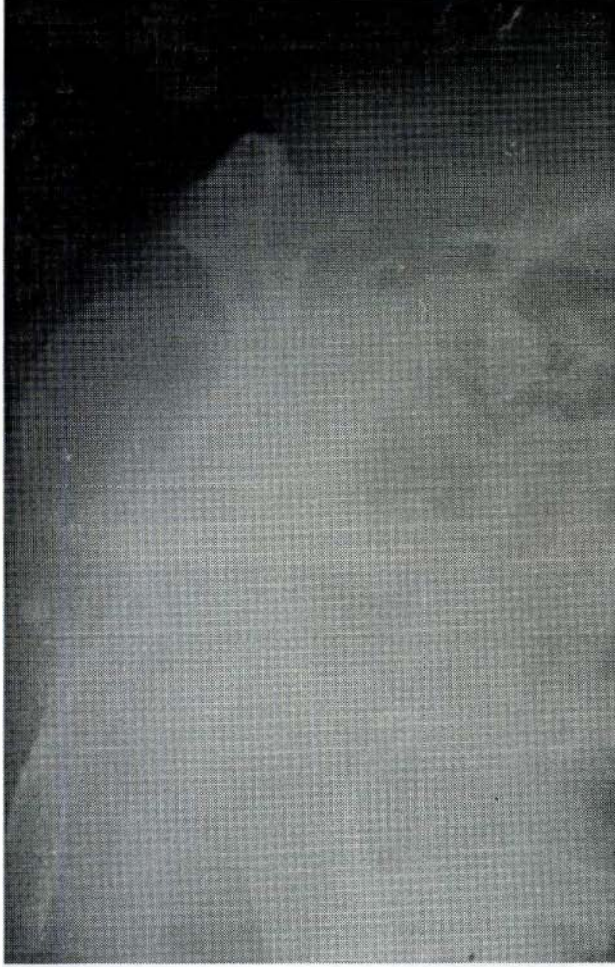


Şekil 3 b: Rutin ön-arka omuz grafisinde, normal omuzda humerus başının glenoid in 3/4'lük kısmı ile üst üste binme görüntüsü vermesi

kolda adduksiyon ve iç rotasyon deformitesi saptandı. Çekilen rutin ön-arka omuz grafisinde humerus başı ile glenoid fossa'nın üst üste binmesi ile oluşan eliptik gölgenin kaybolduğu izlendi (Şekil 3a). Gerçek lateral omuz grafisinde ise humerus başının glenoid fossa'nın posterioruna kaydığı izlendi (Resim 4a). SPOÇ saptanan hastaya genel anestezi altında kapalı redüksiyon uygulandı. Redüksiyon kola lateral traksiyon ve humerus başının glenoid fossaya yönlendirilmesi ile sağlandı. 3 hafta süreyle kol-gövde sargısı uygulanan hastada rehabilitasyon programı sonunda tam hareket sınırı sağlandı. 18 aylık takibi sonunda tekrarlayan çıkık görülmedi.

Olgu 3

71 yaşında erkek hasta geçirdiği epilepsi atağından sonra başlayan sol omuz ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Klinik ve radyolojik olarak SPOÇ saptanan hastaya uygulanan kapalı redüksiyon da başarı sağlanamadı. Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide sol omuz çıkığına ek olarak eklem yüzünde çökme kırığı saptandı (Şekil 5). Genel anestezi altında tekrarlanan kapalı redüksiyonda



Şekil 4a: Gerçek lateral omuz grafisinde, posterior omuz çıkığında, humerus başının glenoid fossanın posterioruna yer alışı

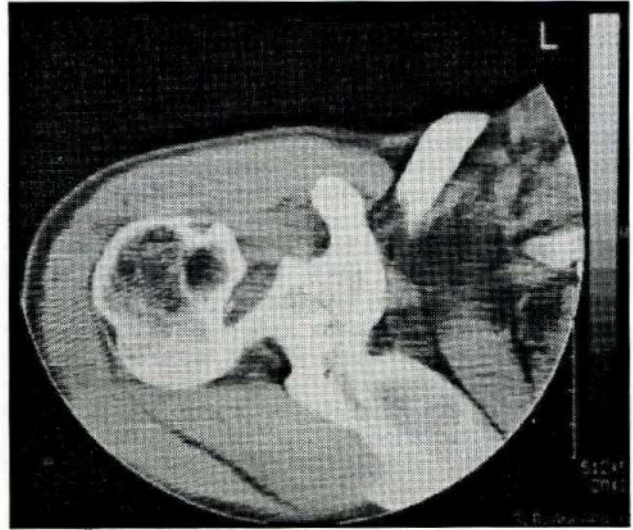
omuz redükte edildi. Redüksiyon kola lateral traksiyon uygulanarak sağlandı. Redüksiyon sonrası stabilite kontrolü yapıldı. Üç hafta kol-gövde sargısında takip edilen hastaya üçüncü haftanın sonunda aktif omuz hareketleri başlandı. 14 aylık takibinde tekrarlayan çıkık olmadı. Son kontrolünde omuz hareketleri ağrısızdı ve hareket kısıtlılığı yoktu. Son kontrolde çekilen grafileri Şekil 6'da sunulmuştur.

Tartışma

Posterior omuz dislokasyonu omuz çevresi dislokasyonlarının içinde % 2.17 lik bir görülme sıklığı ile en nadir tipi oluşturur. Bu durum nedeniyle bir ortopedistin veya bir kliniğin posterior omuz çıkığı tedavisinde geniş vaka serileri oluşturması mümkün olamamaktadır Bu nedenle literatürde ancak küçük vaka serileri izlenebilmektedir (6, 9). Posterior omuz çıkığının, takdim edilen ilk iki olguda olduğu gibi direkt travma ile oluşabileceği gibi üçüncü olguda olduğu gibi epilepsi krizi, konvulsiyon, elektro-konvulsif tedavi gibi nedenlerle de oluşabileceği akılda tutulmalıdır (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). Epilepsi krizi sırasında oluşan yaygın adale gerilmeleri posterior omuz çıkığına neden olabilir. Bu olgularda adduktör ve iç rotator adalelerin (latissimus dorsi, pektoralis major,



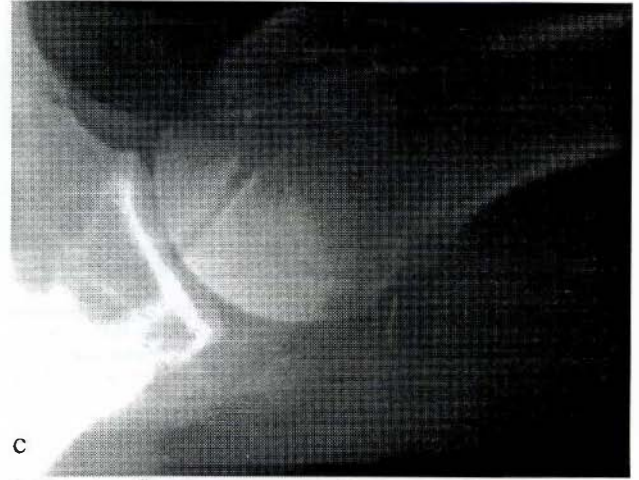
Şekil 4b: Gerçek lateral omuz grafisinde skapula izdüşümü, normal omuzda "Y" harfi şeklinde görülür ve humerus başı bu "Y"nin kollarının birleşim yerinde santralizedir



Şekil 5: Üçüncü olguda bilgisayarlı tomografide sol omuz çıkığına ek olarak eklem yüzünde saptanan çökme kırığı

subskapularis ve teres major) dış rotator adalelerden daha güçlü olmaları nedeniyle kas gerilmesi humerus başının dorsokranial hareketine ve SPOÇ'na neden olur (6).

Omuz travması ile acil servislere başvuran hastalarda hastalar çoğunlukla rutin ön arka omuz grafileri ile değer-



Şekil 6 a, b, c: Üç nolu olgunun onördüncü ayda çekilen ön arka, gerçek ön arka ve aksiller grafileri.

duğunu düşünüyoruz.

Kapalı redüksiyon sırasında humerus başında, McLaughlin'in tanımladığı gibi bir çökme kırığının olabileceği düşünülerek kol dış rotasyona zorlanmamalıdır. Üçüncü olguda izlenen eklemi yüzündeki çökme kırığı nedeniyle redüksiyon ancak genel anestezi altında sağlanabilmiştir. Söz konusu bu tip olgularda redüksiyon için lateral traksiyon önerilmektedir (5, 9). Hawkins ve ark., redüksiyon sonrasında stabilite sağlanamazsa, çökme kırığı olan eklem yüzüne subskapularis veya tuberculum minus transferi, hemiarthroplasti gibi metodları önermişlerdir (5). Diğer taraftan McLaughlin lezyonunun % 20-50 arasında olduğu olgularda subskapularis transferini öneren otörler de vardır (1,4). McLaughlin lezyonunun % 50 nin üstünde olduğu olgularda ise hemiarthroplasti önerilmektedir (1,2,3,4). 3 nolu olguda redüksiyon sonrası stabilite saptanmış, bu nedenle McLaughlin lezyonu % 20 olmasına rağmen konservatif tedavi ile başarılı sonuç elde edilmiştir. Kanımızca cerrahi tedavi endikasyonu koymada hem McLaughlin lezyonunun büyüklüğü hem de redüksiyon sonrası stabilite değerlendirilmelidir.

POÇ redüksiyonu sonrasında tespit konusunda farklı görüşler vardır. Kol iç rotasyonda kol gövde sargısı, iç rotasyonda çivi ile geçici tespit, dış rotasyonda alçı ve sargı uygulamaları tanımlanmıştır (1, 4). Kanımızca redüksiyon stabil tutulabildiği pozisyonda tespit yeterlidir.

Rowe ve arkadaşlarının retrospektif olarak yaptıkları 24 olguluk kronik redükte edilmemiş omuz çıkıkları ile ilgili bir çalışmada, 24 olgunun 14 ünün posterior, sekizinin anterior ve birer olgunun inferior ve superior omuz çıkığı olduğu saptanmıştır. Tüm omuz çıkıklarının % 2.1'ini oluşturan SPOÇ, gözden kaçan omuz çıkıklarının %60'ını oluşturmaktadır (10). Bu oran posterior omuz çıkıklarının gözden kaçma riskini göstermektedir. Omuz travması ile başvuran ve hareket kısıtlılığı olan olgularda SPOÇ her zaman akılda tutulması gereken bir durumdur. SPOÇ'nın ön-arka omuz grafilerindeki bulgularının araştırılması ve gerçek lateral skapul grafinin çekilmesi, geç dönem tedavisi oldukça zor ve pahalı olan posterior omuz dislokasyonu olgularının gözden kaçmasını engelleyecektir.

lendirilir. Rutin olarak çekilen ön-arka omuz grafileri skapulanın posterolateral göğüs duvarındaki 45 derecelik açılı yerleşimi nedeniyle, omuz ekleminin gerçek anlamda ön-arka grafisini temsil etmez. Bu nedenle tek yönlü ve oblik planda çekilen bu eklem grafisinde SPOÇ gözden kaçabilmektedir. Rutin olarak çekilecek lateral skapular grafi posterior omuz çıkığının gözden kaçmasını engelleyecektir.

Çıkığın ne kadar süre önce olduğu, çıkığın tipi ve humerus başındaki çökme kırığının büyüklüğü POÇ tedavisinde rol oynayan faktörlerdir (1) McLaughlin'in tanımladığı humerus başı çökme kırığının büyüklüğünün tespiti ise bilgisayarlı tomografi önerilmektedir (5).

Akut SPOÇ'nda önerilen kapalı redüksiyon manevrası, kas spazmı giderildikten sonra adduksiyondaki kola uygulanan traksiyon ile birlikte yavaşça humerus başının glenoid kaviteye yönlendirilmesi şeklindedir (6, 9,10). Hawkins ve arkadaşları SPOÇ'lı 41 olguluk serilerinde çıkıktan sonra ilk 6 ay içinde tespit edilen 12 olguda kapalı redüksiyon sonucu % 30 başarı saptamışlardır (5). Checchia ve ark. 73 olguluk serilerinde ilk 4 hafta içinde tespit edilen ve McLaughlin lezyonunun % 20 den küçük olduğu 12 olgudan, takip edilebilen dokuzunda mükemmel sonuç elde etmişlerdir (1). Bizim 3 olgumuzda kapalı redüksiyondaki başarının erken tanı ve tedaviye bağlı ol-

Kaynaklar

1. Checcia SL, Santos PD, Miyasaki AN: Surgical treatment of acute and chronic posterior fracture dislocation of the shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 7(1): 53-65,1998.
2. Cheng SL, Mackay MB, Richards RR: Treatment of locked posterior fracture dislocations of the shoulder by total shoulder arthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg* 6 (1):11-17,1997.
3. Connor PM, Boatright JR, Donald FD, Charlotte NC: Posterior fracture dislocation of the shoulder: Treatment with acute osteochondral grafting. *J Shoulder Elbow Surg* 6 (5): 480-485,1997.
4. Demirhan M, Temelli Y, Akalın Y: Posterior omuz çıkıklarında cerrahi yaklaşım. *Ortopedi Travmatoloji Kongre Kitabı* 1993, 534-537:1994.
5. Hawkins RJ, Neer CS, Pianta RM, Mendoza FX: Locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 69 (A): 9-18, 1987.
6. Heller KD, Forst J, Forst R, Cohen B: Posterior dislocation of the shoulder: recommendations for a classification. *Arch Orthop Trauma Surg* 113: 228-31, 1994.
7. Heller KD, Forst J, Forst R: Differentialtherapie der traumatisch induzierten persistierenden hinteren Schulterluxation. Eine Literatursudie. *Unfallchirurg* 98 (1): 6-12, 1995.
8. Leonhard T, Demirhan M, H Cotta: Die Behandlung einer beidseitigen dorsalen Luxationsfraktur des Schultergelenkes durch totalendoprothetischen Ersatz. *Zeitschrift für Orthopadie* 128: 195-197,1995.
9. Neer CS, Rockwood CA: Fractures and dislocations of the shoulder. In: Rockwood CA, Green DP, eds. *Fractures in adults*. Vol. 1. 2nd ed. New York, etc: Lippincot CO, 675-985, 1984.
10. Rowe CR, Zarins B: Chronic unreduced dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 64 (A): 494-505, 1982.

Yazışma adresi:

Yard. Doç. Dr. Murad Uslu

Bosna Hersek Caddesi No. 35

F Blok Daire 9, Emek, Ankara, Türkiye