

## BİLATERAL OMUZ KIRIK - ÇIKIĞI

Dr. Ünal KUZGUN \*  
Dr. Orhan BAŞKI  
Dr. Yener TEMELİ \*  
Dr. Önder YAZICIOĞLU  
Dr. Bahattin O. TEMOÇİN \*  
Dr. Mişel KOKİNO \*

Erişkinlerde görülen çıkıkların en büyük bölümünü omuz çıkıkları oluşturmaktadır ve bu çıkıkların % 2.16'sını ise posterior çıkıklar meydana getirmektedir.

Posterior omuz çıkığı olgularının çoğunun anamnezinde ani şuur kaybına bağlı konvülsiyonlardan sonra çıkığı oluşturduğunu saptamak mümkündür.

Literatürde bugüne kadar 20 ye yakın iki taraflı omuz çıkığı olgusu bildirilmiştir. Kırıkla birlikte iki taraflı çıkık çok daha nadir görülmekte olup bildirilen olgu sayısı 4'dür. Bu olgulardan birinde çıkığın tipi belirtilmemiş, diğer üçünde ise posterior kırık-çıkık oldukları belirtilmiştir.

Son üç yıl içinde kliniğimizde bilateral omuz kırık-çıkığı tanısıyla iki olgu tedavi ettik. İkisi de epilepsi krizi esnasında meydana gelen ve bilateral omuz kırık-çıkığı olarak değerlendirilen bu olgular nedeniyle lezyonun görülüş sıklığı, oluş mekanizması, tanı ve tedavi yöntemleri üzerinde durulmuştur.

### GİRİŞ :

Gleno-humeral eklemden oluşan çıkıklarla ilgili olarak literatürde oldukça geniş seriler yayınlanmıştır. Örneğin ELLERBROCK 404 (4'ü posterior çıkık), McLAUGHLIN 581 (22'si posterior), WILSON ve McKEEVER

480 (10'u posterior) olgu yayınlamışlardır (11). Bu olguların büyük bir bölümünü anterior çıkıkların oluşturduğu görülmektedir. Posterior çıkıkların omuz bölgesi çıkıkları arasındaki oranı ise % 2.16 gibi düşük bir rakam olarak belirme

Omuz çıkıklarında hastanın anamnezi, tipik klinik görünüm ve radyolojik bulgular çoğu olguda tanıyı kolaylıkla koydurur. Ancak şuur kaybı nedeniyle belirgin anamnez veremeyen olgularda ise tanıya varmak güç olabilir ve herşeye rağmen AP pozisyonunda alınan radyografilerde glenohumeral eklemden belirgin dislokasyon saptanamayan, humerus başının glenoidle süperpoze olduğu fakat öne veya arkaya çıkığın mevcut olduğu durumlarda lezyonun gözden kaçması mümkündür.

\* İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Epilepsi, diabet koması, psikiyatrik hastalıklar nedeniyle elektroşok tedavisi gibi hastanın kısa bir süre şuurunu kaybetmesine ve konvülsiyonlara neden olan durumlarda nadir de olsa omuz çıkıkları meydana gelebilmekte ve bunlar genellikle arkaya çıkık şeklinde belirmektedir.

#### **OLGULARIN BİLDİRİSİ :**

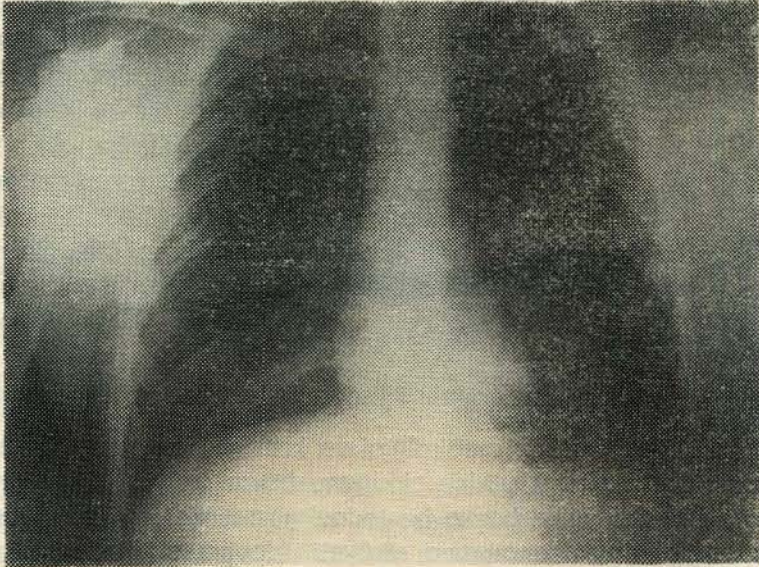
F.A., 22 yaşında, erkek, tıp talebesi, Prot. No. 1869/77.

Şikâyeti : Her iki omuzundaki ağrıdan ve hareket ettirememekten, her iki omuz çevresindeki geniş ekimozlardan.

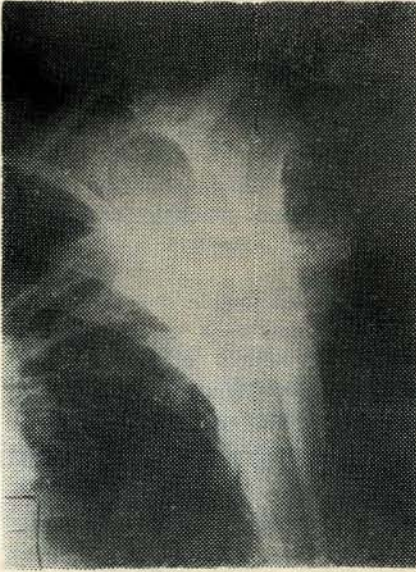
Hikâyesi: 4 gün önce evde gece yattıktan 4 saat sonra uyandı-ğında kendini yerde bulmuş, her iki omuzunda ağrı ve hareket güç-lüğü ortaya çıkmış. Bu şikâyetlerle ertesi sabah doktora gittiğinde romatizma tanısı konup tedaviye alınmış. Şikâyetlerinin geçmemesi ve birkaç gün sonra her iki omuz çevresinde geniş ekimozların belirmesi üzerine kliniğimize müracaat ediyor.

Fizik muayenede her iki omuz bölgesinde geniş ekimozlar mevcut. Her iki omuz addüksiyon ve rotasyon internde, hareketler ileri derecede kısıtlı ve ağrılı. Hastaya travma geçirip geçirmediği sorulduğunda kesin olarak hatırlamıyor. Üst ekstremitelerde nörolojik araz yok.

Her iki omuzun AP pozisyonunda alınan radyografilerinde bilateral omuz çıkığı ve tüberkülüm majus kırıklarının bulunduğu saptandı (Resim : 1).



Radyolojik muayene sonucu her iki omuz çıkığı ve tüberkülüm majus kırığı tanısı konan hasta acil olarak uyutularak Hipokrat manevrası ile her iki omuzun redüksiyonu yapıldı. Çekilen kontrol grafilerinde çıkıkları repoze edildiği ve kırıkların pozisyonun iyi olduğu görülerek iki taraflı Velpeau bandaj uygulandı (Resim : 2-a ve b).

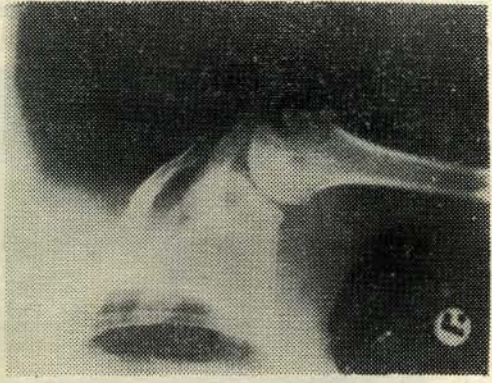
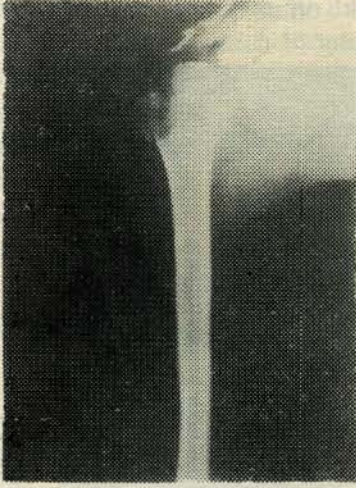


Hasta daha sonra epilepsi yönünden tetkik edilmek üzere Nöroloji Kliniğine gönderildi ve yapılan EEG sonucu epilepsi bulunduğu saptandı. (Nöroloji Prot. No. 77/441). 3 hafta sonra Velpeau bandaj çıkarılarak kontrol grafileri alındı ve her iki kol 15 gün süre ile eşarba konarak kontrollü aktif egzersizlere izin verildi. Bu sürenin sonunda fizik tedavi bölümünde rehabilitasyona başlandı. 1. ayının sonunda hastanın her iki kolunu rahatlıkla kullanabildiği madan üç yıl sonra yapılan kontrolünde ise omuz hareketlerinin normal olduğu ve kırıkların konsolide olduğu saptandı (Resim : 3 a ve b).

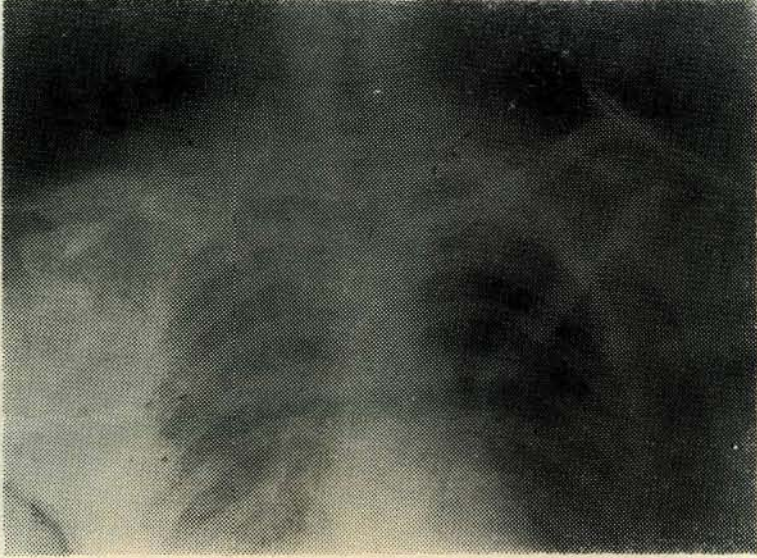
R. G., 18 yaşında, erkek, işçi, Prot. No. 7815/80.

Şikâyeti : Her iki omuzundaki ağrıdan ve hareket ettirememekten.

5 gün önce sara krizi geçirdiğini ve krizden sonra her iki omuzunda ağrı ve hareket kısıtlılığı olduğunu beyan ediyor. Kliniğimize müracaat etmeden önce başka bir tedavi görmemiş. Ağrıları geçmeyip her iki kolunu kullanamama şikâyeti devam ettiğinden kliniğimize müracaat ediyor.

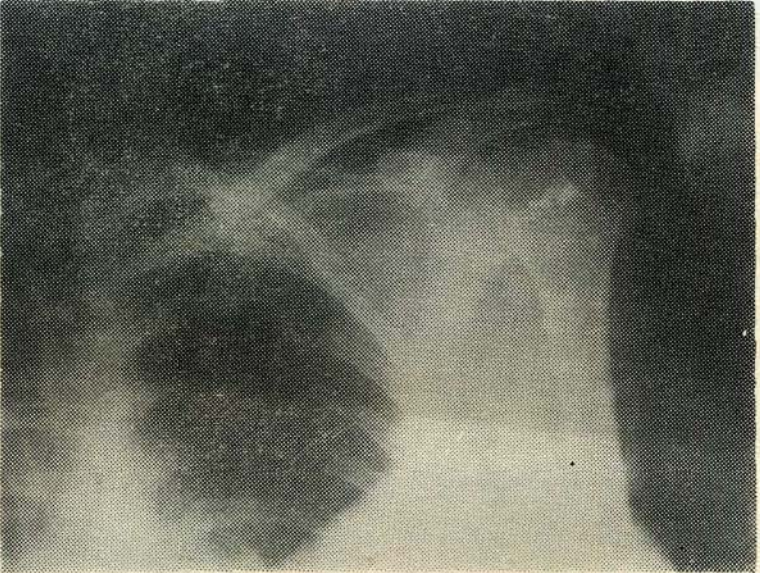


Muayenede her iki omuzda apolet görünümü mevcut. Palpasyonla her iki omuz başı posterior bölgede hissediliyor. Hastanın AP ve aksiyal grafilerinde her iki omuz posterior dislokasyonu ve tüberkülüm majus kırıkları saptandı (Resim : 4). Genel anestezi altında her



iki çıkığın Hipokrat manevrası ile repozisyonu yapıldı ve alınan kontrol grafilerinde çıkıkların repoze olduğu ve tüberkülüm majus kırıklarının pozisyonunda iyi olduğu görülerek iki taraflı Velpeau bandaj uygulandı (Resim : 5 a ve b). Hasta 4 hafta süre ile bandajda tutulduktan sonra bandaj çıkarıldı ve aktif egzersizler verildi. Teda-

vinin ikinci ayını dolduran hastada her iki omuz fonksiyonlarının iyi olduğu görüldü.



#### **İ R D E L E M E :**

Omuz çıkıklarında anamnez, klinik ve radyolojik muayeneler genellikle tanıyı kolaylıkla koydurur. Ancak ilk müracaatında belirgin bir travma tarif etmeyen hastalarda, bizim 1. olgumuzda olduğu gibi tanıda gecikme olasılığı vardır. Habitüel çıkıklarda hastanın da-

ha önce geçirmiş olduğu çıkıkları belirtmesi ve gene bir travma sonucu çıkığın oluşması tanıda bir sorun yaratmaz. Hatta bu tür olgularda hasta hekime kolunun çıktığını belirterek başvurur. İlk kez oluşan omuz çıkıklarında ise travmanın şiddeti ve klinik muayene ilk şüpheleri uyandırır ve alınan radyografilerle durum kesinlik kazanır. Buna karşın özellikle epilepsi ve diğer nedenlerle hastanın ani şuurunu kaybettiği ve kasılmaların olduğu olgularda hasta uyanıktan sonra hiçbir şey hatırlamıyacak ve belirgin nezi veremeyecektir. 1. olgumuzda olduğu gibi bilateral omuz kırık-çı

hastada ise tanı hatasına düşmek her zaman olasıdır.

GOODFELLOW (5) 1959 senesinde yayınladığı bir yazısında bilateral posterior omuz çıkıklarının çok nadir görüldüğünü, o tarihe kadar 9 olgunun yayınlanmış olduğunu bildirir. Bu olguları bir tablo halinde sunan yazar 9 olgudan 6 sında lezyonun epilepsi krizinden sonra ortaya çıktığını belirtir. Kendi sunduğu olgusunda ise bilateral çıkığın hipertansif olan hastada ani şuur kaybından sonra ortaya çıktığını ifade eder. Bildirilen bu olgulardan sadece birinde tanı anında konabilmiş, kalan olgularda ise 1 hafta ile 12 yıl arasında değişen sürelerde gecikme olmuştur.

WILSON ve McKEEVER (15) 1949 da, ilk bilateral posterior omuz kırık çıkığı olgusunu yayınlamışlardır. Yazarlar tanının geç konduğu bu olguda iki seansta her iki omuza açık redüksiyonun uygulandığını ve başı glenoid çukurda tutmak için Kirschner teli ile fiksasyon yapmak zorunda kalındığını belirtmişlerdir.

PRILMANN (10) da posterior omuz çıkıklarının çok nadir görülen yaralanmalar olduğunu 1969 yılında yayınlanan yazısında belirtir. Yazar bilateral posterior kırık-çıkık olgularının ise çok daha nadir görülen yaralanmalar olduğunu, o tarihe kadar yayınlanmış tek olgunun WILSON ve McKEEVER'in olguları olduğunu belirtir. Diabetik olan ve hipoglisemi koması sonucu acil olarak hastahaneye getirilen olgusunda koma tedavisinden sonra çıkığın tanımlandığını, kapalı repozisyonun başarısız kalması üzerine iki seansta açık repozisyon uygulayarak iyi sonuç aldığını belirtmiştir.

1971 yılında ise SHAW (12) bilateral posterior omuz kırık-çıkığı ile birlikte sol pubis kolu kırığı, sakrum kırığı ve 5. lomber vertebra processus transversus kırığı saptanan bir olgu bildirmiştir. Epilepsi krizi sonucu ortaya çı hafta ara ile uygulanan açık redüksiyonlarla yapılmış, başarılı sonuç alındığı belirtilmiştir. SHAW bu yazısında olgusunun literatürde yayınlanmış üçüncü olgu olduğunu belirtir.

JEKIC (7) 1973 yılında yayınladığı bir makalesinde bilateral omuz çıkığı olgusuna hiç rastlamadığını belirterek bir olgu sunmuş, ancak olguda çıkığın anterior veya posterior olduğunu belirtmemiştir.

Bu durumda literatürde bilateral posterior omuz kırık-çıkığı olarak yayınlandığını saptayabildiğimiz olgu sayısı 3'dür ve bu üç olgu da kesin olarak posterior çıkık diye tanımlanmıştır.

Sunduğumuz 1. olguda redüksiyondan önce aksiyal grafiler maalesef alınmamıştı. Bu bakımdan çıkığın öne veya arkaya olduğu konusunda kesin bir yargıya varmamız mümkün olamadı. Ancak literatürde bilateral omuz kırık-çıkığı olarak ani şuur kaybı sonucu oluşan çok az sayıda olguda çıkıkların tamamının posterior oluşu karşısında bu olgunun bilateral posterior omuz kırık-çıkığı olabileceği kanısındayız. Birinci olgudan elde edilen deneyimlerle ikinci olguda daha dikkatli bir klinik muayene yapılmış ve aksiyal grafiler de alınarak her iki çıkığın da posterior olduğu kesinlikle belirlenmiştir.

Literatürde bildirilen olguların aksine biz her iki olgumuzda da kapalı repozisyonla çıkıkları kolayca yerine koyabildik. 4 ve 5 günlük gecikmelerle gelen bu olgularda kapalı redüksiyonun başarılabilmesi karşısında tedavide başlangıçta mutlaka denenmesi gerektiği kanısındayız. 1. olguda üç yıllık takip sonunda her iki omuz hareketleri normal bulunmuş ve ağrı saptanmamıştır. 2. olgumuz ise daha takip altında olup erken sonuçları iyi bulunmuştur.

SHAW'a göre (12) konvülsiyon sırasında hastanın omuzları addüksiyon, fleksiyon ve internal rotasyondadır. Bu pozisyonda omuz çevresi kaslarının kuvvetli kasılması ile omuz başı acromion karşısında yukarı ve arkaya doğru fossa glenoidea karşısında ise mediale doğru hareket eder.

Özellikle ani şuur kaybı sonucu oluşan ve suba posterior çıkıklarda AP grafilerde humerus başının glenoid çukurda imiş gibi görülmesi olasıdır. Bu gibi olgularda aksiyal ve transtoraksik grafiler kesin tanıyı koydurabilir.

Tarıda fazla gecikilmesi halinde redüksiyonun konservatif yöntemlerle başarılabilmesi olasıdır. Bu durumlarda açık redüksiyona gidilebilir. Ancak açık redüksiyondan sonra, olgunun gecikme süresine göre elde edilecek fonksiyonel sonuçların azalacağı akılda tutulmalıdır.

#### SUMMARY

The largest portion of the dislocations encountered in the adults comprises shoulder dislocations and 2.16.% of these dislocations constitute posterior dislocations.

It is possible to detect that a dislocation develops secondary to convulsions

due to immediate loss of consciousness in the history of most of the posterior dislocations of the shoulder.

Approximately 20 cases have been so far reported in literature regarding bilateral dislocations of the shoulder. Bilateral dislocation associated with fractures are much more infrequently encountered with a reported number of case of four. In one of these cases the type of dislocation has not been indicated whereas three others have been reported to be posterior fracture-dislocations.

During the last three years we have treated 2 cases with the diagnosis of bilateral fractures-dislocation of the shoulder. Attempts have been made to define the incidence of the lesion, the way it develops, diagnostic and therapeutic procedures taking

fracture dislocation of the shoulder both occurring during an epileptic episode.

#### L I T E R A T Ū R

- 1 — ARDEN, G. P.: Posterior dislocation of both shoulders, report of a case. *J. Bone Jt. Surg.*, 38-B:558, 1956.
- 2 — BUDD, F. W.: Voluntary bilateral posterior dislocation of the shoulder joint. *Clin. Orthop.*, 63:181, 1969.
- 3 — COHEN, H. H.: Acute posterior bilateral dislocation of the shoulder. *Bull. Hosp. Joint. Dis.*, 26:175, 1965.
- 4 — FIPP, G. J.: Simultaneous posterior dislocation of both shoulders. *Clin. Orthop.*, 44:191, 1966.
- 5 — GOODFELLOW, J. W., BOLDERO, J. L.: Bilateral synchronous posterior dislocation of the
- 6 — HONNER, R.: Bilateral posterior dislocation of the shoulders. *Austral. New Zeland J. Surg.*, 38:269, 1969.
- 7 — JEKIC, M.: Rare case of bilateral shoulder dislocation. *Langenbeck, Arch. Chir.*, 334:931, 1973.
- 8 — MAUCK, R. H., CLEMENTS, E. L.: Bilateral posterior shoulder dislocation. An Orthopaedic case. *Va. Med. Mth.*, 93:452, 1966.
- 9 — MOLLERUD, A.: A case of bilateral habitual luxation in the posterior part of the shoulder joint. *Acta Chir. Scand.*, 94:181, 1946.
- 10 — PRILLAMAN, H. A., THOMPSON, R. C.: Bilateral posterior fracture dislocation of the shoulder. A Case report. *J. Bone Jt. Surg.*, 51-A:1627, 1969.
- 11 — ROCKWOOD, C. A., GREEN, D. P.: *Fractures Vol. 1*, J. B. Lippincott Co. Philadelphia-Toronto, 1975.
- 12 — SHAW, J. T.: Bilateral posterior fracture-dislocation of the shoulder and other trauma by convulsive seizures. *J. Bone Jt. Surg.*, 53-A:1473, 1971.
- 13 — SHEPRED, E.: Simultaneous posterior dislocation of both shoulders. *J. Bone Jt. Surg.*, 42-B:728, 1960.
- 14 — WEISMANN, S. L., TOROK, G.: Bilateral recurrent posterior dislocation of the shoulder. Report of a case. *J. Bone Jt. Surg.*, 40-A:479, 1958.
- 15 — WILSON, J. C., McKEEVER, F. M.: Traumatic posterior (retroglenoid) dislocation of the humerus. *J. Bone Jt. Surg.*, 31-A:160, 1949.