



## Genç bir ragbi oyuncusunda sternoklaviküler eklemin arkaya ıkığı

Fouad Ahmed CHAUDHRY<sup>1</sup>, Vijay V. KILLAMPALLI<sup>1</sup>, Majid CHOWDHRY<sup>1</sup>,  
Peter HOLLAND<sup>2</sup>, Richard W. C. KNEBEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alexandra Hastanesi, Travma ve Ortopedik Cerrahi Bölümü, Redditch, Birleşik Krallık;

<sup>2</sup>Alexandra Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Redditch, Birleşik Krallık

Sternoklaviküler eklemin posterior çıkığı sık bildirilmiş bir sorun olmasına rağmen, tanı koyma zorluğundan dolayı göz ardı edilme olasılığı bulunmaktadır. Çalışmamızda ilk başvurusunda tanı konulamayan, on yedi yaşında erkek bir ragbi oyuncusu olgusunu değerlendirdik.

**Anahtar sözcükler:** Arkaya ıkık; sternoklaviküler eklem.

Sternoklaviküler eklem (SKE) diartrodial bir eklem olup, üst ektremite ile aksiyel iskelet arasındaki tek gerçek eklemi oluşturur. Bu eklem yaralanmaları nadirdir. Omuz kuşağı çevresi ıkıkların sadece %3 bu eklemden görülür ve bunların da çoğu ne ıkıklardır.<sup>[1]</sup> Brakiyal pleksus ve önemli vasküler yapılar klavikulanın medial ucuyla yakın komşuluktur. SKEde görülebilecek arkaya çıkıklar bu hayatı yapılar baskı yapabilir veya bazen ölümcül sonuçlar doğurabilecek şekilde hasar verebilir. Bu nedenle, bu tür yaralanmalarda kesin tanı koymak ve uygun tedaviyi uygulamak şarttır. Çalışmamızda SKEdeki arkaya çıkık tanısı ilk başvuruda konulamayan, on yedi yaşında erkek bir ragbi oyuncusu olgusu bildiriyoruz.

### Olgu sunumu

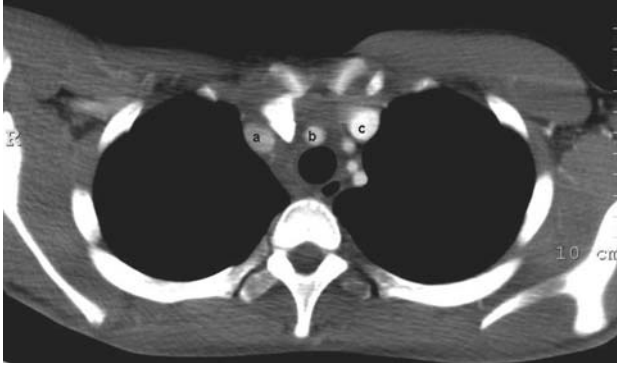
On yedi yaşındaki ragbi oyuncusu "kasıklarından havaya kaldırıp yere çarpma" tarzı müdahale ile düşme sonrası sağ omuzda ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınması ile başvurdu. Sağ omuzunda şiddetli ağrı hissettiğinden oyuna devam edememişti. Yapılan muayenede deformite belirtisi olmaksızın, akromi-

yoklavikler bölge üzerinde şişme ve morarma olduğu görüldü. Omuz ve kolunda ağrılı hareket kısıtlılığı vardı ancak herhangi bir distal nörovasküler yetmezlik saptanmadı. Bunun, büyük lde, akromi-yoklavikler eklem (AKE) bölgesindeki ödeme bağlı olduğu dşnld ve SKE depresyonu hatalı şekilde AKEde dem olarak yorumlandı. Bunun sonucunda, muayene sırasında SKE zel olarak dikkate alınmadı.

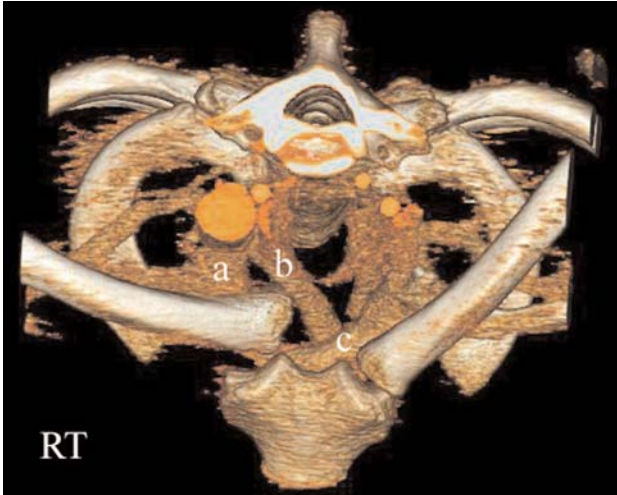
Omuz ve her iki AKEnin anteroposterior (AP) radyografileri çekildi. Radyografilerde herhangi bir sorun görülmedi. Hastaya rahat ve destek sağlamak amacıyla kol askısı uygulandı.

Ertesi sabah hasta klinik muayeneye alındı. Klinik zellikler önceki güne göre değişiklik göstermemişti. Muayenede, posterior SKE ıkığı sphesi uyandıran, sağ SKEde belirgin bir depresyon saptandı. SKE radyografileri tanıyı doğrulamadı. BT ile sağ SKEde arkaya çıkık olduğu görüldü ve vasküler anatomiye netleştirmek için çekilen kontrastlı BT tanıyı destekledi. Taramalar sağ klavikulanın medial ucunun superior mediastenine içine doğru kaymış olduğunu ve sağ brakiyosefalik ven ile bra-

kiyosefalik arter arasında uzandığını göstermekteydi. Klavikula veya sternumda kırık görülmedi. Vas-küler yaralanma, mediastinal hematoma ya da bası bulgusu yoktu (Şekil 1 ve 2).



**Şekil 1.** Sağ SKE'de posterior çıkığı ve büyük kan damarlarıyla ilişkisini doğrulayan SKE'lerin düz BT'si. (a) Sağ brakıyosefalik ven, (b) brakıyosefalik arter, (c) sol brakıyosefalik ven.



**Şekil 2.** Sağ SKE'de posterior çıkığı ve büyük kan damarlarıyla ilişkisini doğrulayan SKE'lerin 3 boyutlu yüzey rekonstrüksiyonu BT taraması. (a) Sağ brakıyosefalik ven, (b) brakıyosefalik arter, (c) sol brakıyosefalik ven. [Bu şekil, derginin [www.aott.org.tr](http://www.aott.org.tr) adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra, hasta genel anestezi altında redüksiyon için ameliyathaneye alındı. Redüksiyon, omuz 90 derece abduksiyon ve 15 derece ekstansiyonda iken uzunlamasına traksiyon ile sağlandı. Gövdenin ters tarafından asistan tarafından karşı-çekme uygulanırken, redüksiyona yardımcı olması için kürek kemikleri arasına bir yas-

tık destek yerleştirildi. Redüksiyonun stabil olduğu görüldü ve stabilite, SKE'nin oblik görünümüleri kullanılarak, görüntü yoğunlaştırıcı ile doğrulandı. Ertesi gün, SKE redüksiyonunu ve SKE'ye komşu vas-küler yapıların normal anatomilerini teyit için tekrar BT çekildi.

## Tartışma

Sternoklaviküler eklem çıkığı sıradışı bir durumdur ve omuz kuşağı yaralanmalarının sadece %3'ünü oluşturur. Arkaya çıkıklar öne çıkıklardan daha nadirdir ve tüm sternoklaviküler çıkıklar içindeki oranları %5 ila %27 arasında değişir.<sup>[1]</sup>

Yaralanma genellikle klavikulaya doğrudan bir travma veya omuzları lateralden sıkıştırarak dolaylı bir travma sonucu meydana gelir. Bazı durumlarda birinci kaburga kırığı görülebilir.<sup>[2]</sup> Trafik kazaları ve spor kaynaklı yaralanmalar SKE çıkığının en sık görülen nedenleridir. Atravmatik çıkıklara nadiren rastlanır.

Klavikulanın medial ucunun posteriora doğru kayması trakea, özofagus, brakıyal pleksus, akciğerler ve ana damarlar gibi mediastinal yapılar için son derece tehlikeli olabilir. Posterior bir sternoklaviküler kayma, aort ve torasik kanal dahil, trakea, larenks ve özofagusla beraber komşu sinir ve damar yapılarının sıkışması veya yırtılması gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir.<sup>[3]</sup>

Sternoklaviküler eklemlerin düz radyografilerinin hem çekilmesi, hem de yorumlanması zordur. Üst üste gelen bir çok kemik yapı görüşü engellediğinden, kırıklar ve çıkıklar gözden kaçabilir. "Serendipity X-ray" SKE çıkıklarını kolayca ve zaman kaybı olmadan ortaya çıkarır. Bu röntgen filmi çıkığın varlığını belirlemekle kalmayıp yönü hakkında da bilgi verir ve standart bir AP SKE röntgen filmine göre daha bilgilendiricidir. Düz radyografilerde karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek için BT de iyi bir alternatiftir.<sup>[4]</sup> BT çıkığı görüntülemenin yanı sıra, çıkığın mediastinal yapılarla ilişkisi hakkında da bilgi verdiğinden bu çalışmanın yazarları tarafından tercih edilen görüntüleme yöntemi olmuştur.

Bu yaralanmanın acil serviste minör bir yaralanma olarak değerlendirilmemesi önemlidir. Aksi takdirde, yanlış veya geç tedavi uygulanabilir. Başlıca belirti, omuz etrafındaki lokal hassasiyet dışında, omuz veya kol oynatıldığında hissedilen şiddetli ağrıdır. Solunum ve/veya yutkunma zorluğu ve ses kı-

sıklığına dikkat edilmesi gerekir. SKE çıkığıyla başvuran hastalar, muayenede, mediastinal yapılara yapabileceği baskıdan dolayı düz uzanmakta zorluk çekerler. Klavikula ve SKE'yi de içeren tam bir omuz muayenesinin yapılması gerekir. Düz radyografiler genellikle tanı koyamadığından, kesin tanı için BT taraması gerekir.<sup>[3]</sup> Vasküler yaralanma şüphesi var ise, BT yorumuna katkıda bulunması için intravenöz kontrast kullanılabilir. Redüksiyon öncesi ve sonrası anjiyografiden de yararlanılabilir; ne var ki, invazif doğası nedeniyle bunun sadece seçilmiş olgularda kullanılması uygundur.<sup>[5]</sup>

Vasküler veya trakeal komplikasyonlardan kaçınmak için olguların tümünde, en kısa sürede, redüksiyon uygulanması önerilmektedir.<sup>[1]</sup> İdeal olan, bu çalışmada olduğu gibi kapalı redüksiyon uygulamasıdır. Bazen steril bir klamp ile klavikulanın medial ucunun tutulup çekilmesi gerekebilir. Eklem redükte edildikten sonra, yumuşak doku ve bağların iyileşmesi için, 3 ila 4 hafta "8" şeklinde, iyice dolgulanmış sargı uygulanır. Bu sürenin sonunda, kademeli olarak artan bir egzersiz programına başlanması önerilir.

Hastanın geç başvurmasına veya yumuşak dokuların araya girmesine bağlı olarak kapalı redüksiyon başarısız olursa, açık redüksiyona gerek duyulabilir. Başarısız kapalı redüksiyon girişimleri ve sekonder ciddi dahili komplikasyonları bulunan hastalar için açık redüksiyon veya medial klavikulanın eksizyonu akla ilk gelecek seçeneklerdir.<sup>[3]</sup> Son olarak, tekrarlayan çıkıklar tromboz, kolda ödem, dispne ve diğer solunum sorunları gibi gecikmiş ve belirgin vasküler sorunlarla, torasik çıkış sendromu gibi nörolojik

semptomlar gibi ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden eklem stabilitesini doğru değerlendirmek oldukça önemlidir.

Tanı koyulamaması durumunda SKE arkaya çıkığı ciddi komplikasyonlara neden olabilecek sıradışı bir durumdur. Omuz kuşağına gelen doğrudan ya da dolaylı bir darbe sonrası gelişmiş olsun, tedavi eden doktorun bu tür yaralanmalara yüksek dikkat ve şüphelerle yaklaşması gerekir. BT gibi ayrıntılı tetkikler istenmeli, tedavi geciktirilmemelidir. Bu yapılmazsa, en azından, düz radyografi yerine "serendipity X-ray" çekilmesi yerinde olur. SKE arkaya çıkıkları önemli mediastinal komplikasyonlara yol açabileceğinden, tam ve detaylı bir fizik muayenenin önemi unutulmamalıdır.

**Çıkar Örtüşmesi:** Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

### Kaynaklar

1. Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, Tornetta P. Rockwood and Green's fractures in adults. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1365-97.
2. Hidalgo Ovejero AM, García Mata S, Sanchez Villares JJ, Martínez de Morentin J, Martínez Grande M. Posterior sternoclavicular dislocation. Report of two cases. Acta Orthop Belg 2003;69:188-92.
3. Pearson MR, Leonard RB. Posterior sternoclavicular dislocation: a case report. J Emerg Med 1994;12:783-7.
4. Destouet JM, Gilula LA, Murphy WA, Sagel SS. Computed tomography of the sternoclavicular joint and sternum. Radiology 1981;138:123-8.
5. Mirza AH, Alam K, Ali A. Posterior sternoclavicular dislocation in a rugby player as a cause of silent vascular compromise: a case report. Br J Sports Med 2005;39:e28.