



Türkiye'nin bir şehrindeki travmatik omuz çıkıklarının demografik ve klinik özellikleri: 208 olgunun geriye dönük analizi

Mahmut TAŞ¹, M. Kerem CANBORA², Özkan KÖSE³, Ömer Faruk EĞERCİ³, Mehmet GEM⁴

¹Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi, Diyarbakır;

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul;

³Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Antalya;

⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin bir şehrindeki travmatik omuz çıkıklarının demografik ve klinik özelliklerini araştırmaktır.

Çalışma planı: Diyarbakır ilinde iki hastanenin acil bölümüne Ocak 2008 ila Aralık 2010 tarihleri arasında glenohumeral omuz çıkığı ile başvuran olguların dijital veri tabanları incelenmesinde insidans, demografik ve klinik özellikler, nüks, ilgili yaralanmalar ve yaralanma mekanizmaları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya omuz çıkığı geçiren ve ortalama yaşı 37.2±21.3 olan 208 olgu (165 erkek, 45 kadın) alındı. Primer omuz çıkıklarının genel insidans yılda 100.000 kişide 5.3 olarak saptandı. Çıkıkların yaş dağılımının insidansı iki noktada pik yaptı; çoğunluğu (%96.5) erkek olan 21-30 yaş grubu ve çoğunluğu (%66.7) kadın olan 61-70 yaş grubu. Yüz yetmiş iki olguda (%82.7) primer omuz çıkığı, 36 olguda (%17.3) ise tekrarlayan omuz çıkığı vardı. Tekrarlayan omuz çıkığı olan olguların yaş ortalaması primer omuz çıkığı olanlara göre daha düşüktü (ortalama yaş, sırasıyla, 29.7±14.5 ve 38.8±22.2; p=0.020). Çalışmada 195 (%93.4) anterior çıkığa rastlandı. Yaralanma mekanizması 155 olguda (% 74.5) düşme idi. Yüz altmış beş olguda (%79.3) acil serviste başarılı redüksiyon sağlandı. Kırk üç olguya (%20.7) ise genel anestezi altında redüksiyon uygulandı.

Çıkarımlar: Genel insidans yılda 100,000 kişide 5.3 olarak bulunan travmatik omuz çıkıklarına ait bu veri daha önce yapılmış çalışmalarda bulunanlardan daha düşüktü. Çıkıkların demografik özellikleri popülasyon piramidiyle ilişkili olarak farklılıklar gösterdi.

Anahtar sözcükler: Epidemiyoloji; glenohumeral eklem; omuz çıkığı.

Glenohumeral çıkık vücutta en sık görülen eklem çıkığı olup, omuz instabilitesinin en önemli nedenidir.^[1] Omuz çıkıklarının tedavisi ve değerlendirilmesiyle ilgili ayrıntılı birçok çalışma olmasına rağmen, omuz çıkıklarının insidansı ve epidemiyolojisiyle ilgili literatürdeki bilgi kısıtlıdır. Geçmiş çalışmalarda omuz çıkıklarının

genel popülasyondaki insidansı yılda 100.000 kişide 8.2 ila 56.3 arasında değişiklik göstermektedir.^[2-6]

Omuz çıkıklarının epidemiyolojisiyle ilgili bilgilerin çoğunluğu Avrupa ve Amerikan toplumlarından kaynak alınırken, Türk popülasyonundaki omuz çıkıklarına dair bir yayın mevcut değildir. Coğrafik, etnik ve sosyokültürel

Yazışma adresi: Özkan Köse, MD. Kültür Mah. 3805. Sk. Durukent Sitesi F Blok Daire: 22
Kepez, Antalya.

Tel: 0242 - 249 44 00 e-posta: drozkankose@hotmail.com

Başvuru tarihi: 28.10.2012 **Kabul tarihi:** 15.03.2013

©2013 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi:10.3944/AOTT.2013.3090
Karekod (Quick Response Code):



farklılıklara bağlı olarak, omuz çıkıklarının demografik ve klinik özellikleri değişebilir. Biz, ülkemizdeki omuz çıkığı epidemiyolojisinin Avrupa ve Amerika'dan farklı olduğu varsayımında bulunduk.

Bu geriye dönük çalışmanın amacı Türkiye'nin bir şehrindeki travmatik omuz çıkıklarının demografik ve klinik özelliklerini araştırmak ve sonuçlarımızı güncel veriler ile beraber tartışmaktır.

Hastalar ve yöntem

Diyarbakır Türkiye'nin güneydoğusundaki en büyük şehirlerinden birisidir ve 2010 sayımına göre nüfusu 1.090.172'dir.^[7] Şehir merkezinde, Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi adında iki adet devlet hastanesi vardır. Bu iki hastane bu bölgedeki travmatik yaralanmaların tedavisinde esas rolü oynamaktadır. Çalışmadaki tüm veriler kişilerin kimlik bilgileri olmaksızın alınmış ve Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak kullanılmıştır.

İki hastanenin acil servislerine 2008 Ocak ile 2010 Aralık tarihleri arasında glenohumeral omuz çıkığı çıkığı ile başvuran olguları dijital hasta veri tabanından ICD-10 kodlama sistemini kullanarak (ICD-10 kodu: M24.31 ve M24.41) retrospektif olarak inceledik. Hastalara dair tüm radyolojik görüntüleme dosyaları ve tıbbi kayıtlar PACS (*The Picture Archiving and Communication System*) ve klinik veri tabanından elde edildi. Olguların demografik özellikleri, geçmişi, klinik bulguları, yaralanma mekanizmaları, ek yaralanmalar ve acil serviste yapılan girişimleri ortaya koymak için tıbbi kayıtlardan yararlanıldı.

Omuz eklemindeki çıkığın yönü ve eşlik eden kemiksel yaralanmaları sınıflandırmak için radyolojik görüntüler iki ayrı ortopedik cerrah tarafından değerlendirildi. Herhangi bir çelişki daha sonra fikir birliğine varılarak çözüldü. Çalışma süresince 223 omuz çıkığı saptandı. Altı hasta ICD-10 kodundaki yanlışlıktan dolayı çalışma dışında bırakıldı. Geriye kalan olgulardan dördünde sadece akromioklavikular ayrışma, ikisinde ise proksimal humerus kırıklı çıkığı vardı. Çıkığın saptandığı ilk radyografiler ise üç olguda yoktu. Sonuç olarak, kesin omuz çıkığı tanısı alan 208 hasta çalışmaya alındı. Omuz çıkığının insidansını belirlemek için Diyarbakır'la ilgili demografik veriler Türkiye İstatistik Kurumu'ndan elde edildi.^[7]

Oranlar, sıklık dağılımları, ortalamalar ve standart sapmalar kullanılarak devamlı ve kategorik verilerin tanımlayıcı analizi yapıldı. Bağımsız grupların ortalamalarını kıyaslamak için Student t-testi, kategorik verilerin dağılımını analiz etmek için ise ki-kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

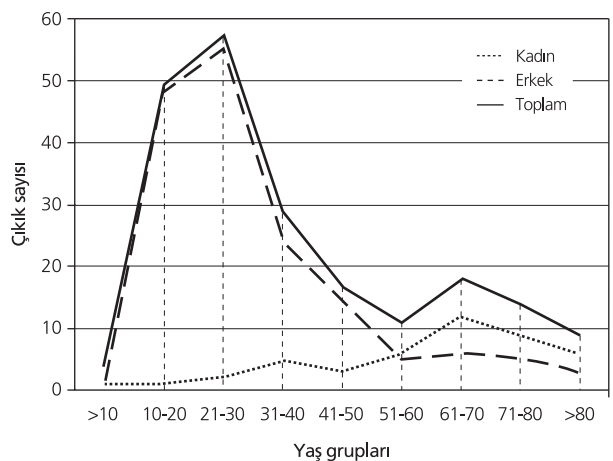
Ortalama yaşı 37.2 ± 21.3 olan 163 erkek (%78.4) ve 45 kadın (%21.6) olgu incelendi. Medyan yaş 29 (dağılım: 5-88) olarak bulundu. Olguların yarısından fazlası (%57.4) 16 ila 36 yaşları arasındaydı. Erkek ve kadın olguların ortalama yaşları, sırasıyla, 30.9 ± 17.0 ve 59.9 ± 19.9 idi ($p=0.0001$). Yaş dağılımının insidansı iki noktada pik yaptı; çoğunluğu erkek olan (%96.5) 21-30 yaş grubu ve çoğunluğu kadın olan (%66.7) 61-70 yaş grubu (Şekil 1). Erkeklerin kadınlara oranı 3.6/1 idi.

Omuz çıkıklarının genel insidansı çalışma süresinde yılda 100.000 kişide 6.45 idi (erkekler için yılda 100.000 kişide 9.96, kadınlar için yılda 100.000 kişide 2.84). Primer omuz çıkıklarının genel insidansı yılda 100.000 kişide 5.34 idi. (erkekler için yılda 100.000 kişide 8.0, kadınlar için yılda 100.000 kişide 2.58).

Yüz yetmiş iki olguda (%82.7) primer omuz çıkığı, 36 olguda (%17.3) ise tekrarlayan omuz çıkığı vardı. Önceki çıkık vakalarının ortalama sayısı 3.1 ± 1.8 (dağılım: 2-10) idi. Tekrarlayan omuz çıkığı olan olguların yaş ortalaması primer omuz çıkığı olanlara göre daha düşüktü (ortalama yaş, sırasıyla, 29.7 ± 14.5 ve 38.8 ± 22.2 ; $p=0.020$). Primer ve tekrarlayan omuz çıkığı olan olgularda cinsiyet dağılımı benzerdi ($p=0.066$) (Tablo 1).

Yüz doksan beş olguda (%93.4) anterior, 9 olguda (%43.4) posterior ve 4 olguda (%1.9) inferior çıkık (luxatio erecta) vardı. Çıkıklar 133 olguda (%63.9) sağ omuzda ve 73 olguda (%35.1) sol omuzda idi. İki olguda (%1) simultane bilateral anterior çıkık gözlemlendi (Şekil 2). Sağ omuz sol tarafa göre daha fazla etkilenen taraftı ($p=0.001$).

Yaralanma, 155 olguda (%74.5) düşmeye, 26 olguda (%12.5) sportif travmaya, 18 olguda (%8.7) motorlu araç



Şekil 1. Yaş ve cinsiyete göre omuz çıkıklarının dağılımı.

Tablo 1. Tekrarlayan ve primer çıkıkların cinsiyete göre dağılımı.

| Yaş grubu | Tekrar eden çıkıklar | | Primer çıkıklar | | Toplam |
|-----------------------|----------------------|-------|-----------------|-------|--------|
| | Erkek | Kadın | Erkek | Kadın | |
| <10 | - | - | 3 | 1 | 4 |
| 10-20 | 11 | - | 37 | 1 | 49 |
| 21-30 | 12 | - | 43 | 2 | 57 |
| 31-40 | 5 | 2 | 19 | 3 | 29 |
| 41-50 | 4 | - | 10 | 3 | 17 |
| 51-60 | - | - | 5 | 6 | 11 |
| 61-70 | - | 1 | 6 | 11 | 18 |
| 71-80 | - | 1 | 5 | 8 | 14 |
| >80 | - | - | 3 | 6 | 9 |
| Toplam | 32 | 4 | 131 | 41 | 208 |
| Ortalama yaş±SS (yıl) | 29.7±14.5 | | 38.8±22.2 | | |

kazasına, 6 olguda (%2.9) fiziksel saldırıya ve 3 olguda (%1.4) epileptik nöbete bağlı olarak gelişmişti. Yaralanma mekanizması yaş grupları arasında benzerlik göstermekle birlikte ($p=0.876$) cinsiyetler arasında istatistiksel olarak farklı idi ($p=0.009$) (Tablo 2).

Olguların 184'ünde (%88.5) eşlik eden kırık olmaksızın sadece omuz çıkığı vardı. Yirmi iki olguda ise (%10.6) eşlik eden tuberkulum majus kırığı vardı (Şekil 3). Bir olguda eşlik eden klavikula kırığı ve bir olguda ise Tip 3 akromioklavikular ayrışma vardı. Tuberkulum majus kırığı olan 22 hastanın 16'sı (%72.7) 50 yaşından daha yaşlıydı. Tuberkulum majus kırığının yaşlı olgu grubunda daha yaygın olduğu gözlemlendi ($p=0.0001$).

Başlangıçta tüm olgulara acil serviste bilinçli sedasyon altında redüksiyon denendi. Yüz altmış beş olguda (%79.3) başarılı redüksiyon sağlandı. Bununla birlikte, 43 olgu (%20.7) için genel anestezi altında redüksiyon uygulandı. Acil servisteki başarılı redüksiyon oranı primer ve tekrarlayan çıkıklar için benzer bulundu ($p=0.0247$).

**Şekil 2.** Bilateral anterior omuz çıkığı olan 54 yaşındaki bayan olgunun göğüs radyografisi.

Tartışma

Bu çalışmada Türkiye'nin bir şehrindeki travmatik omuz çıkıklarının insidansını ve demografik özelliklerini incelenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma, Türk popülasyonundaki travmatik omuz çıkıklarının insidansını ve demografik özelliklerini inceleyen ilk çalış-

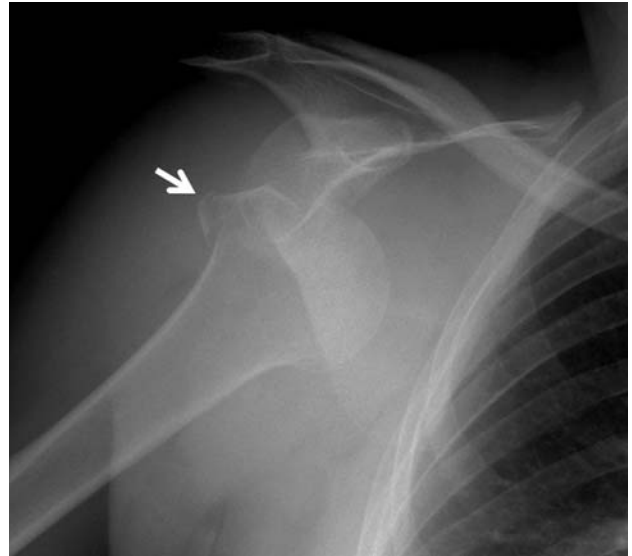
Tablo 2. Cinsiyet ve yaralanma mekanizmasına göre yaş gruplarının çapraz tablosu.

| Yaş grubu | Düşme | | Trafik kazası | | Fiziksel saldırı | | Sportif yaralanma | | Epilepsi | |
|-----------|-------|-------|---------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|----------|-------|
| | Erkek | Kadın | Erkek | Kadın | Erkek | Kadın | Erkek | Kadın | Erkek | Kadın |
| <10 | 2 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 10-20 | 34 | 1 | 3 | - | 2 | - | 8 | - | 1 | - |
| 21-30 | 36 | 2 | 6 | - | 2 | - | 10 | 1 | 1 | - |
| 31-40 | 15 | 5 | 1 | - | 1 | - | 6 | - | 1 | - |
| 41-50 | 9 | 3 | 3 | - | 1 | - | 1 | - | - | - |
| 51-60 | 3 | 6 | 2 | - | - | - | - | - | - | - |
| 61-70 | 6 | 11 | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 71-80 | 4 | 8 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| >80 | 3 | 6 | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Toplam | 112 | 43 | 17 | 1 | 6 | - | 25 | 1 | 3 | - |

madır. Avrupa toplumlarındaki (Danimarka, İsveç ve Norveç) omuz çıkıklarının insidansı yılda 100.000 kişide 17 ila 56.3 olarak bildirilmiştir.^[3,4,6] Diğer taraftan, Amerika popülasyonu için bu insidans 100.000 kişide 8.2 ila 23.9 arasındadır.^[2,5] Omuz çıkıklarının ülkemizdeki insidansı yılda 100.000 kişide 5.3 bulundu. Bu sonuç, önceki çalışmalardan daha düşüktür (Tablo 3).

Bizim bulgularımızla önceki çalışmaların arasındaki farklılığa yönelik bazı olası açıklamalar vardır. İnsidans, belirli bir popülasyondaki belirli bir zaman dilimi içerisinde belli bir hastalığın yeni olgularının sayısını ifade eder. Pay yeni olguların sayısı, payda ise risk altındaki popülasyonun sayısını ifade eder ve pratikte tüm popülasyon kullanılır.^[8] Biz de bu çalışmada omuz çıkıklarının insidansını hesaplamak için tüm popülasyonu dikkate aldık. Bununla birlikte, Diyarbakır, nispeten genç bir nüfusa sahiptir; zira 2009'daki nüfus sayımına göre tüm popülasyonun %37.2'si 15 yaşın altındadır.^[7] Tüm yaşlarda görülebilmekle birlikte, omuz çıkığına çoğunlukla 20 ila 40 yaşları arasında rastlanır.^[9] Bu nedenle insidans değerlendirilmeye yönelik çalışmalarda, özellikle nüfus piramidi gibi, popülasyonun demografik özellikleri göz önüne alınmalıdır. Buna ek olarak, ikamet ettikleri şehrin dışında travmaya maruz kalmış ve tedavi edilmiş olgular da söz konusu olabilir. Sonuç olarak, toplumların sağlık hizmeti alma alışkanlıkları büyük değişiklikler gösterebilir. Bu çalışmada, resmi olarak sağlık bakımı almamış olgular dikkate alınmamıştır. Benzer şekilde, Hovelius' un 1979'da 2.092 İsveçli üzerinde yaptığı randomize çalışmada da, primer omuz çıkıklarının %50'sinin herhangi bir hastane veya sağlık kuruluşuna başvurmadiği belirtilmiştir.^[10]

Omuz çıkıklarının bu çalışmadaki insidansı öncekilere kıyasla daha düşük olmasına rağmen, demografik



Şekil 3. Tuberkulum majus kırığının (ok) eşlik ettiği anterior omuz çıkığı olan 62 yaşındaki kadın olgunun ön-arka omuz radyografisi

ve klinik özellikler çoğu açıdan benzerdi. Travmatik omuz çıkıkları için en önemli iki faktörün yaş ve cinsiyet olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, omuz çıkıklarının insidansında çift tepeli bimodal dağılım vardı. Üçüncü dekattaki olguların çoğunluğunu erkekler, 6. dekattaki olguların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktaydı. Bu belirli örüntü, geçmiş birçok çalışmada belirtilmiştir ve bizim sonuçlarımız da bu bulgularla benzerdi.^[2,3,5,6] Bununla birlikte, ikinci tepe noktasındaki yaş grubu bizim ülkemizde daha gençti. Norveç'te insidanstaki ikinci tepe noktasının 80 yaşın üstünde,^[6] Zacchilli ve Owen'ın ABD'deki çalışmasında insidanstaki ikinci tepe noktasının 80-89 yaşları arasında oldu-

Tablo 3. İngiliz literatüründe genel popülasyondaki omuz çıkığı insidansıyla ilgili geçmişte yayınlanmış çalışmalar.

| Yazar&yıl | Yer | Çalışma süresi | Risk altındaki popülasyon | İnsidans hızı (yılda 100.000 kişide) | | Yaş (yıl) |
|--|--|---------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------|----------------------------|
| | | | | Primer | Tamamı | |
| Simonet ve ark. ^[2] (1984) | Olmstead, ABD Şehir geneli | 1970-1979 (10 yıl) | 880.000 | 8.2 | 11.2 | (Ortalama) 36.4 |
| Krøner ve ark. ^[3] (1984) | Aarhus, Danimarka Şehir geneli | 1980-1984 (5 yıl) | 1.268.765 | 12.3 | 17 | (Medyan) 51 |
| Nordqvist ve Petersson ^[4] (1984) | Malmö, İsveç Şehir geneli | 1987 (1 yıl) | 230.056 | 23.9 | NA | (Medyan) Kadın 63 Erkek 44 |
| Zacchilli ve Owens ^[5] (2010) | ABD elektronik veritabanı Şehir geneli | (2002-2006) (5 yıl) | 1.46 milyar | Yok | 23.9 | (Ortalama) 35.4 |
| Liavaag ve ark. ^[6] (2011) | Oslo, Norveç Şehir geneli | 2009-2010 (1 yıl) | 575.475 | 26.2 | 56.3 | (Medyan) 34 |
| Çalışmamız | Diyarbakır, Türkiye Şehir geneli | 2008-2010 (3 yıl) | 1.090.172 | 5.3 | 6.4 | (Medyan) 29 |

ğu görülmüştür.^[5] Bu uyumsuzluğun nedeni, nüfus piramidindeki farklılıklara bağlanabilir. Ülkemizdeki ortalama yaşam beklentisi bu ülkelerden çok daha azdır. Yaş ve cinsiyetle ilgili insidans hızının, hakkında çalışılan toplumun nüfus piramidiyle yakın ilişki içinde olduğu çıkarımında bulunabiliriz.

Owens ve ark.^[1,9] seçilmiş fiziksel olarak aktif (askeri personel) ve çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu olgu grubunda iki adet insidans çalışması yürütmüşler ve omuz çıkıklarının insidansını yılda 100.000 kişide 169 ve 435 olarak bulmuşlardır. Travmaya daha çok maruz kalan fiziksel olarak aktif genç erkeklerde insidans hızının yüksek olması şaşırtıcı değildir. Genel popülasyondaki yaşlı kadınlarda görülen ikinci tepe noktasının nedeni ise tam olarak belli değildir. Nordqvist ve ark. ve Liavaag ve ark.'na göre, bu yaş grubunda düşme insidansındaki artış ortaya çıkan ikinci tepe noktasının esas nedenidir.^[4,6]

Bizim çalışmamızdaki vakaların %75'i düşme kaynaklı idi. Cinsiyetler arasında yaralanma mekanizması açısından belirgin farklılık vardı. Kadınlardaki omuz çıkıklarının neredeyse tamamının düşmeye bağlı olduğu görüldü. Erkeklerde ise düşmelere ek olarak sportif aktiviteler, trafik kazaları ve fiziksel saldırılar diğer önemli nedenler olarak öne çıktı. Diyarbakır'da toplumun sosyokültürel özelliklerinden dolayı kadınların çoğu ev hanımıdır. Bu nedenle, kadın ve erkekler arasındaki bu farkın nedeni kadınların iş hayatında ve sportif aktivitelerde daha az yer alması olabilir. Benzer şekilde, erkek ve kadınlar arasında yaralanma mekanizması açısından farklılık Zachilli ve Owens^[5] tarafından da vurgulanmıştır. Yazarlar, erkeklerde kadınlara oranla sportif veya eğlence etkinliklerine bağlı daha fazla omuz çıkığı görüldüğünü ve genç olgularda yaşlılara oranla daha fazla omuz çıkığı görüldüğünü bildirmişlerdir. Diğer taraftan, Krøner ve ark., cinsiyetler arasında yaralanma mekanizması açısından bir farklılık saptamamışlardır.^[3]

Çalışmamızda tekrarlayan çıkıklar olguların %17'sini oluşturmaktaydı. Birçok çalışmada, nüks çıkığı riskinin belirlenmesinde en önemli prognostik faktörün primer omuz çıkığının meydana geldiği yaş olduğu gösterilmiştir.^[1,9,11-13] Rowe, 488 vakayı 20 yıl boyunca takip ederek yaptığı retrospektif analizde yirmi yaşın altındaki olgularda tekrarlama oranını %83, kırk yaşın üstündeki olgularda ise %16 olarak bildirmiştir.^[11] Buna ek olarak, te Slaa ve ark. yirmi yaşın altındaki olgularda tekrarlama oranını %64, kırk yaşın üstündeki olgularda %4 olarak bulmuşlardır.^[13] Çalışmamız prospektif bir çalışma olmasına ve primer çıkık olgularının kaçının ilerde tekrarlayan çıkık geçireceğini bilmememize karşın, tekrarlayan çıkık vakalarının primer çıkık olgularına göre daha genç olduğunu söyleyebiliriz (sırasıyla ortalama yaş, sırasıyla, 29.7±14.5 ve 38.8±22.2).

Anterior çıkık glenohumeral eklemden en sık görülen çıkık tipidir; bunu posterior ve inferior (luxatio erecta) çıkık takip eder.^[12] Krøner ve ark. tüm omuz çıkıklarının %97.2'sinin anterior çıkık olduğunu bildirmişlerdir.^[3] Benzer şekilde, bizim çalışmamızda da anterior çıkıklar tüm omuz çıkıklarının %93.4'üne tekabül etmekteydi. Hovelius ve ark. ve te Slaa ve ark.'na göre bilateral çıkıklar, sırasıyla, olgularının %12 ve %9'unu oluşturmuşlardır.^[12,13] Bu çıkarımla uyumsuz şekilde, çalışmamızda sadece iki olguda (%1) bilateral omuz çıkığı vardı. Olgulardan birinde bilateral omuz çıkığının nedeni epileptik nöbeti. Nadir görülmekle beraber, omuz kuşağı etrafındaki kasların şiddetli kasılmasına neden olan epilepsi nöbetleri bilateral omuz çıkığına sebep olabilir.^[14]

Tuberkulum majus kırıkları anterior omuz çıkıklarına eşlik edebilir. Rowe, yaşlı popülasyonda daha sıklıkla olmak üzere, olguların %15'inde eşlik eden tuberkulum majus kırığı bildirmiştir.^[11] Buna karşılık, Kralinger ve ark. ve Hoelen ve ark.'nın yaptıkları çalışmalarda tuberkulum majus kırığının insidansıyla artmış yaş arasında ilişki bulunmamıştır.^[15,16] Bizim çalışmamızda ise omuz çıkıklarının çoğu (%88.5) kırığın eşlik etmediği izole çıkıklardı. Tuberkulum majus kırıkları tüm vakaların sadece %10.6'sında mevcuttu. Rowe'un çalışmasına benzer şekilde, anterior omuz çıkıklarına eşlik eden omuz çıkıklarına çoğunlukla yaşlı popülasyonda rastlandı (neredeyse vakaların dörtte üçü).^[11] Yaşlılarda artmış frajilite ve osteoporozla nedeniyle omuz çıkıklarına eşlik eden tuberkulum majus kırıklarının arttığını düşünmekteyiz. Ayrıca, Rowe,^[11] çalışmasında tuberkulum majus kırığı olanlarda daha az nüks olduğunu da göstermiştir. Bu olgulardaki artmış kanama ve doku travmasına bağlı artmış iyileşme potansiyeli ve skar dokusu oluşumunun nüksü önlediğini öne sürmüştür. Bununla birlikte, bu durumun artmış skar dokusuna mı yoksa yaşlı olgulardaki tekrarlama insidansına mı bağlı olduğu tam olarak belli değildir.

Çalışmamızdaki tüm olgular radyografik ve klinik olarak kesin omuz çıkığı tanısı almıştı. Bütün grafiler iki ayrı ortopedist tarafından değerlendirildi. Herhangi bir yanlış tanı veya uygunsuz tıbbi kayıt çalışmada bırakıldı. Verilerimiz çıkığın yönü, tekrarlama, eşlik eden yaralanmalar ve etiyoloji gibi omuz çıkığıyla ilgili detaylı birçok bilgi içermekteydi. Kuvvetli yönlerine rağmen çalışmamız bazı kısıtlılıklara da sahipti. Birincisi, ülkenin demografik özelliklerine dair bölgesel farklılıklar göz önüne alındığında, bu çalışma tüm Türkiye nüfusu için genellenemez. İkinci olarak, Diyarbakır'da öncelikle elektif (acil olmayan) olgulara bakan başka 5 tane daha özel hastane vardır ve sayısı az da ol-

sa omuz çıkığı bulunan bazı hastaların bu kurumlara başvurmuş olması söz konusudur. Son olarak, hastaneye omuz çıkığıyla başvuran ancak hastane veri tabanına ICD-10 kodu yanlış girilmiş olgular olabilir. Bu nedenle, yıllık insidans hızında göz ardı edilebilir bir düşüşün ortaya çıkması olası bir durumdur.

Sonuç olarak, primer omuz çıkıklarının Diyarbakır'daki genel insidansı yılda 100.000 kişide 5.3 olarak bulundu. Yaş ve cinsiyete bağlı olarak omuz çıkıkları biri genç erkekler, diğeri yaşlı kadınlarda olmak üzere iki noktada tepe yapmıştı. Olguların çoğunu erkekler oluşturmaktaydı ve insidans erkeklerde kadınlara göre neredeyse üç kat daha fazla idi. Bizim bulgularımız Amerika ve Avrupa nüfusuna dair elde edilen sonuçlardan farklıdır. Bizim çalışmamızın ve ileride yapılacak epidemiyolojik çalışmaların, travmatik omuz çıkıklarının demografik özelliklerini daha iyi tanımlayacağını ve daha fazla bilgi vereceğini umuyoruz. Dolayısıyla, daha detaylı ve tutarlı ölçümler yapılmasıyla gelecekte daha kesin sonuçlara varılabilir.

Çıkar Örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

- Owens BD, Duffey ML, Nelson BJ, DeBerardino TM, Taylor DC, Mountcastle SB. The incidence and characteristics of shoulder instability at the United States Military Academy. *Am J Sports Med* 2007;35:1168-73.
- Simonet WT, Melton LJ 3rd, Cofield RH, Ilstrup DM. Incidence of anterior shoulder dislocation in Olmsted County, Minnesota. *Clin Orthop Relat Res* 1984;(186):186-91.
- Kroner K, Lind T, Jensen J. The epidemiology of shoulder dislocations. *Arch Orthop Trauma Surg* 1989;108:288-90.
- Nordqvist A, Petersson CJ. Incidence and causes of shoulder girdle injuries in an urban population. *J Shoulder Elbow Surg* 1995;4:107-12.
- Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *J Bone Joint Surg Am* 2010;92:542-9.
- Liavaag S, Svenningsen S, Reikerås O, Enger M, Fjalestad T, Pripp AH, et al. The epidemiology of shoulder dislocations in Oslo. *Scand J Med Sci Sports* 2011;21:e334-40.
- <http://www.tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>. Accessed 25 August 2012
- Sander JW, Shorvon SD. Incidence and prevalence studies in epilepsy and their methodological problems: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:829-39.
- Owens BD, Dawson L, Burks R, Cameron KL. Incidence of shoulder dislocation in the United States military: demographic considerations from a high-risk population. *J Bone Joint Surg Am* 2009;91:791-6.
- Hovellius L. Incidence of shoulder dislocation in Sweden. *Clin Orthop Relat Res* 1982;(166):127-31.
- Rowe CR. Prognosis in dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am* 1956;38-A: 957-77.
- Hovellius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1677-84.
- te Slaa RL, Wiffels MP, Brand R, Marti RK. The prognosis following acute primary glenohumeral dislocation. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:58-64.
- Tellisi NK, Abusitta GR, Fernandes RJ. Bilateral posterior fracture dislocation of the shoulders following seizure. *Saudi Med J* 2004;25:1727-9.
- Kralinger FS, Golser K, Wischatta R, Wambacher M, Sperner G. Predicting recurrence after primary anterior shoulder dislocation. *Am J Sports Med* 2002;30:116-20.
- Hoelen MA, Burgers AM, Rozing PM. Prognosis of primary anterior shoulder dislocation in young adults. *Arch Orthop Trauma Surg* 1990;110:51-4.