

Bebeklerde luxatio erecta

Mahir Gülşen⁽¹⁾, İsmet Tan⁽²⁾, Hüseyin Bayram⁽²⁾, Gürbüz Baytok⁽³⁾, Eyüp S. Karakaş⁽⁴⁾, Ali Baktır⁽⁵⁾.

Çocuklarda omuz çıkıkları çok nadir olup, bildirilen olgular genellikle obstetrikal felçli çocuklarda görülen çıkıklardır. Luxatio erecta ise 1 olguda bildirilmiştir.

Bu yazıda, obstetrikal paralizinin tedavisi komplikasyonu olarak luxatio erecta oluşan 2 olgu sunulacaktır. Dört ve sekiz aylık bebek olan bu iki olguda açık redüksiyon yapılarak stabil bir omuz eklemi sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bebek, luxatio erecta.

Luxatio erecta in infants

Traumatic dislocations of the shoulder joint in infancy are rare, and they are usually associated with obstetrical paralysis. The only case of luxatio erecta in infancy reported was also associated with obstetrical paralysis. Here we report two cases of infants with luxatio erecta, as a complication of conservative treatment for Erb-Duchenne type obstetrical paralysis. Open reduction resulted in a stable joint in both infants.

The parents and physicians should be alerted to this complication.

Key words: infancy luxatio erecta.

Çocuklarda travmatik omuz çıkıkları çok nadir olup bildirilen olgular genellikle obstetrikal felçli çocuklarda görülen çıkıklardır^(2,3). Bebeklik çağında bildirilen tek luksasyo erekte olgusu da obstetrikal parali ile birliktedir⁽⁴⁾.

Bu yazıda, Erb-Duchenne tipi obstetrikal felcin konservatif tedavisi sırasında luksasyo erekte oluşan 2 olgu sunulacaktır.

Olgu 1: 4 aylık kız çocuğu, sağ kolunun gövdeye yaklaştıramaması yakınması ile Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına getirildi. Öyküsünden zor bir doğumla hastanede doğduğu ve doğum sonrasında sağ kolunda gevşek felç saptandığı öğrenildi. Hastanın çekilen omuz grafileri normal imiş. Erb-Duchenne tip doğum felci tanısı konup tedaviye alınmış. Sağ kolu, omuzdan 90° abduksiyon ve 90° dış rotasyon pozisyonunda yastığına iğnelenerek 3 hafta tesbit edilmiş daha sonra pasif omuz egzersizlerine başlanmış hastaneye başvurmada 3 hafta önce, annesi egzersiz sırasında bebeğinin sağ kolunu gövdesine yaklaştıramadığını fark etmiş. Hastaya daha sonra herhangi bir tedavi verilmemiş.

Fizik muayenede hastanın sağ üst ekstremitesi omuzdan 90° abduksiyonda idi (Şekil-1a). Kol gövdeye tam yaklaştıramıyor, bırakılınca yine eski halini alıyordu. Ön arka omuz radyografisinde sağ humerus başının glenoid kavite dışında ve aşağıda olduğu saptandı (Şekil-1b). Hastaya omuz çıkığı tanısı konarak genel anestezi altında kapalı redüksiyon denendi, ancak başarılı olunamadı. Anterior deltopektoral girişim ile açık redüksiyon yapıldı. operasyonda humerus başının, kapsül alt kısmını yırtarak dışarı çıktığı saptandı. Yırtık etrafı genişletilerek baş redükte edildi. Redüksiyon stabildi. Kapsül tamir edildi. Kol Velpeau bandajında 3 hafta tesbit edildi. Ameliyat sonrası çekilen omuz grafisinde omuz redükte idi. (Şekil-1c). Has-

tanın 2 yıl sonraki muayenesinde pasif omuz hareketleri normal, aktif omuz abduksiyonu zayıftı. Çekilen omuz grafisinde eklem normaldi. (Şekil-1d)

Olgu 2: 8 aylık kız çocuğu sol kolunu kullanamama yakınması ile Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalına getirildi. Öyküsünden hastanede güç doğumla dünyaya geldiği öğrenildi. Doğumdan sonra sol kolunu oynatmadığı farkedilerek ezilme tanısı konup merhemle tedavi önerilmiş. Daha sonra çocuk 3 aylık iken Ortopedi uzmanınca muayene edilmiş. Doğum felci tanısı konup sol kol 90° abduksiyon ve 90° dış rotasyonda yastığına iğnelenerek tesbit edilmiş. Toplam 3 ay bu şekilde tesbit yapılmış. İki aydır kolunu gövdesine yaklaştıramıyormuş.

Fizik muayenesinde; sol kol 90° abduksiyonda duruyor, kol gövdeye yaklaştıramıyordu. El bilek ve parmakların aktif dorsifleksiyonu yapılamıyordu. Radyografisinde sol humerus başı aşağıya çıkık olarak görüldü. (Şekil-2a). Bilgisayarlı tomografide sol omuzdan geçen kesitlerde humerus başının glenoid kavitede olmadığı saptandı (Şekil-2b). Hastaya omuz çıkığı tanısı konarak genel anestezi altında kapalı redüksiyon denendi, başarılı olunamadı. Anterior deltopektoral girişim yapılarak omuza ulaşıldı. Operasyonda humerus başı glenoid kavite aşağısında idi, başın üzeri fibröz bir doku ile örtülmüştü. Kapsülün yırtık yeri görülemedi. Açık redüksiyon yapıldı. Redüksiyon stabil değildi. Bir adet Kirschner teli ile internal tesbit yapıldı (Şekil-2c). Kol Velpeau bandajı ile gövdeye sarıldı. Ameliyat sonrası 3. hafta sonunda Velpeau bandajı ve Kirschner teli çıkarılıp egzersizlere başlandı. Hasta halen takiptedir.

Tartışma

Çocuklarda omuz çıkıkları genellikle nontravmatik⁽²⁾. Travmatik çıkıklar ise çok nadirdir. Biz literatürde

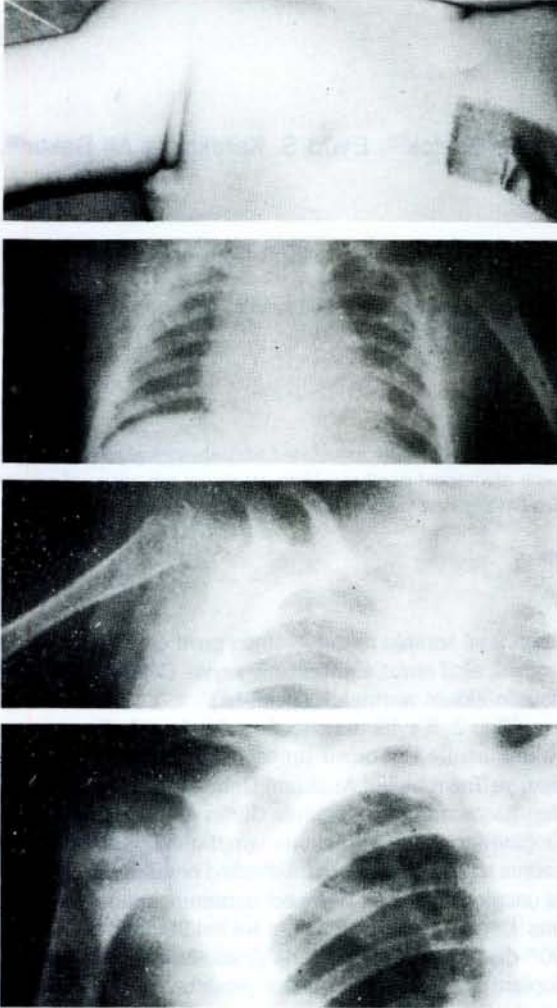
(1) Çukurova Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD Doçenti.

(2) Çukurova Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD doçenti.

(3) Çukurova Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD Profesörü.

(4) Erciyes Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD Profesörü

(5) Erciyes Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD Doçenti.



Şekil- 1:a) Hastanın klinik görünümü.
b) Hastanın ameliyat öncesi ön-arka omuz grafisi.
c) Ameliyat sonrası ön-arka omuz grafisi.
d) Ameliyattan 2 yıl sonraki ön-arka omuz grafisi.

6 olgu saptayabildik⁽¹⁴⁾. Bu olguların 5'i obstetrikal paralizi ile birlikte olup, 4 olgu subglenoid çıkık, 1 olgu ise luksasyo erekte idi.

Obtetrikal paralizide omuz çıkığı iki mekanizma ile oluşabilir^(1,4).

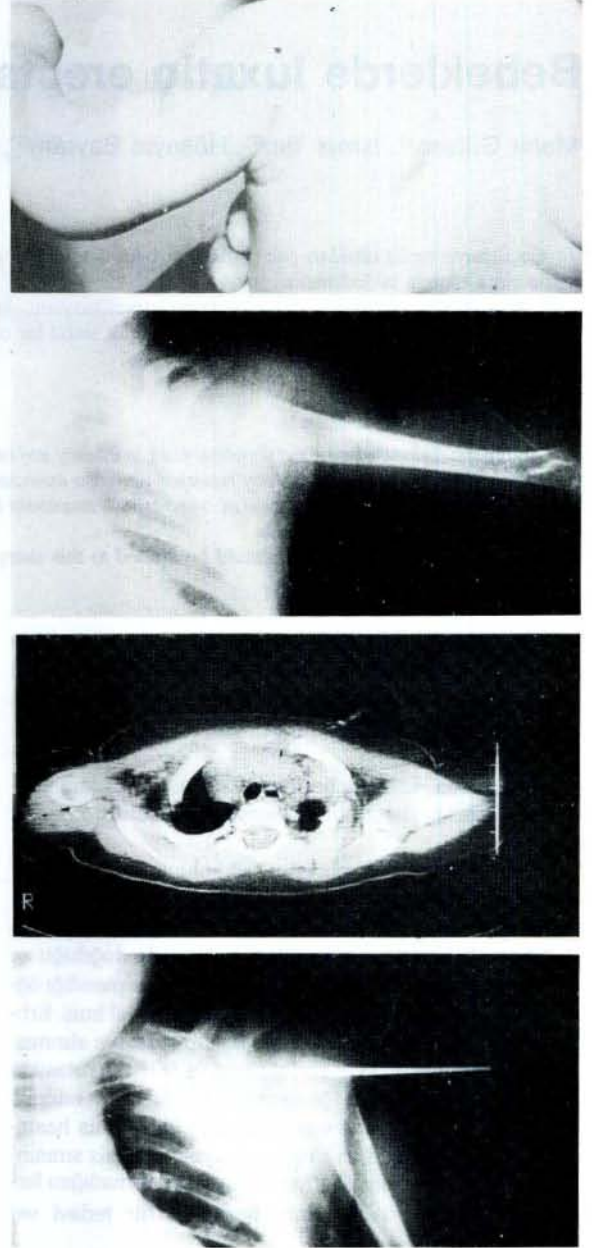
1- İleri adele zayıflığı, omuzun çıkabileceği kadar aşırı abduksiyon ve dış rotasyona izin verebilir.

2. Orta derecede iç rotasyon ve adduksiyon kontraktürü kolun elevasyonunu önler ve manipülasyon sırasında kapsül gerilerek ya da yırtılarak omuzda çıkık oluşur.

Bizim muhtemelen ilk hastamızda ikinci mekanizma, 2. hastamızda ise birinci mekanizma sorumlu idi.

Dislokasyon sonrası, kapsül yırtılmışsa onun boynun etrafını sıkıştırması veya tanıda gecikme kapalı redüksiyonu önler^(1,4).

Doğum felci görülme sıklığı daha iyi obstetrikal bakım ile azaltılmışsa da, hala bir çok hastada bu yaralanma mevcuttur. Bebeklerde omuz çıkıkları da en sık bu hastalarda görüldüğü için, böyle hastaların aileleri ve hekimleri bu komplikasyona karşı uyarılmalıdır. Hastaların takibinde sabit abduksiyon deformitesi veya skapular karnatlaşma ile karşılaşılınca omuz çıkığından şüphelenmelidir.



Şekil- 2:a) Hastanın klinik görünümü.
b) Hastanın ameliyat öncesi ön-arka omuz grafisi.
c) Bilgisayarlı tomografide solda glenoid kavitenin boş olduğu görülüyor.
d) Ameliyat sonrası ön-arka omuz grafisi.

Kaynaklar

1. BABBIT DR, CASSIDY RH: Obstetrical paralysis and dislocation of the shoulder in infancy. J Bone and Joint Surg, 50 A: 1447-1452, 1968.
2. DAMEROW TB, ROCKWOOD CA: Fractures and dislocations of the shoulder. In "Fractures in children", Ed Rockwood CA, Wilkins KE, King RE, pp: 577-682, JB Lippincott, Philadelphia, 1984.
3. KUHN D, ROSMAN M: Traumatic, nonparalytic dislocation of the shoulder in a newborn infant. J Pediatr Orthop 4: 121-122, 184.
4. LASKIN RS, SEDLIN ED: Luxatio erecta in infancy. Clin Orthop 80:126-129, 1971.

Yazışma Adresi: Doç. Mahir Gülşen, Çukurova Üniv. Tıp Fak. Ortopedi ve Travmatoloji ABD, ADANA